

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1913-1914. — N° 88.

DE LA
CHOLÉCYSTECTOMIE A CHAUD
dans les cholécystites aiguës calculeuses

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 23 décembre 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JEAN GRILLET

Né le 25 Juin 1880, à Thizy (Rhône)



LYON
IMPRIMERIE J. PONCET
Rue François-Dauphin, 48

1913

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1913-1914. — N° 88.

DE LA
CHOLÉCYSTECTOMIE A CHAUD

dans les cholécystites aiguës calculeuses

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 23 décembre 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JEAN GRILLET

Né le 25 Juin 1880, à Thizy (Rhône)



LYON

IMPRIMERIE J. PONCET

Rue François-Dauphin, 48

—
1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET
BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales.		ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	{	BARD
Clinique ophtalmologique		X...
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	{	X...
Clinique des maladies mentales.		FABRE
Clinique des maladies des enfants.	{	ROLLET
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS
Physique médicale	{	LÉPINE (J.)
Chimie médicale et pharmaceutique.		WEILL
Chimie organique et Toxicologie	{	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique		CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	{	HUGOUNENQ
Anatomie		MOREL
Anatomie générale et Histologie	{	MOREAU
Physiologie		GUIART
Pathologie interne	{	TESTUT
Pathologie et Thérapeutique générales.		RENAUT
Anatomie pathologique.	{	MORAT
Médecine opératoire.		COLLET
Médecine expérimentale et comparée	{	LESIEUR
Médecine légale		PAVIOT
Hygiène.	{	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique.		COURMONT (P.)
Pharmacologie.	{	ÉTIENNE MARTIN
		COURMONT (J.)
	{	PIC
		FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaires	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé.
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile.	MOURIQUAND,	—
Déontologie et médecine professionnelle	X...	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	LATARJET	MOURIQUAND	FROMENT
COMMANDEUR	BRETIN	ARLÖNG (F.)	THEVENOT (Lucien)
NEVEU LEMAIRE	LERICHE	GUILLEMARD.	PIERY
LAROYENNE	THEVENOT (Léon)	POLICARD	COTTE
VORON	TAVERNIER	GARIN	DUROUX
NOGIER	CADE	SAVY	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ROLLET, Président ; VILLARD, Assesseur ;
MM. LERICHE et TAVERNIER, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552620_0006

A mon Président de thèse

Monsieur le Professeur ETIENNE ROLLET

L'auteur de cette étude a de très grandes obligations à Monsieur l'Agrégé Leriche, qui a bien voulu lui fournir le sujet de cette thèse, et mettre à sa disposition son expérience et ses observations. Il se fait un devoir de lui renouveler ici l'expression de sa profonde gratitude.

INTRODUCTION

Depuis le 18 avril 1878, date à laquelle Marion Sims inaugurait, avec une cholécystostomie, la chirurgie biliaire, on peut dire que celle-ci n'a pas cessé de gagner du terrain (1). L'accord est à peu près fait aujourd'hui, parmi les chirurgiens, sur le principe même de l'intervention opératoire précoce dans le traitement des cholécystites aiguës infectieuses. L'expérience a démontré l'excellence de cette pratique. Elle a établi que l'opération à chaud ne méritait pas le reproche qu'on lui adressait de divers côtés, d'être fréquemment meurtrière. De plus, on s'est rendu compte que, à la faveur de l'intervention précoce, les affections gardaient un certain caractère de bénignité : elles ne se compliquent point, en effet, d'infections de voisinage qui aggravent singulièrement l'infection vésiculaire elle-même, et qui accroissent tellement les aléas de l'opération qu'elles vont jusqu'à la rendre impossible.

(1) Voir les étapes diverses de ce développement de la chirurgie biliaire dans l'ouvrage si documenté de G. COTTE : *Traitement chirurgical de la lithiase biliaire et de ses complications*, Maloine, édit., 1908. Pages 1-7.

Il faut intervenir : voilà donc qui est presque universellement admis de nos jours. Mais *comment* intervenir ? A cette nouvelle question la réponse des chirurgiens est loin d'être aussi unanime. Ils se partagent en trois groupes :

Les uns, encore rares (Riedel, Körte, Moynihan), donnent la préférence, systématiquement, à la cholécystectomie : l'ablation vésiculaire avec drainage de l'hépatique ; — les autres, la plupart, s'en tiennent à la cholécystostomie (1) ; ils font un simple drainage vésiculaire ; — d'autres, enfin, se montrant plus éclectiques, ne manifestent aucune préférence exclusive pour l'ectomie ou pour la stomie ; et ils se déclarent à la fois partisans de l'une et de l'autre, quittes à motiver leur choix par des considérations d'espèces : ils ne se déterminent pour la cholécystectomie que si l'infection vésiculaire est phlegmoneuse ou gangreneuse ; différemment, ils s'en tiennent à la cholécystostomie (Kehr).

Or, depuis plusieurs années déjà, l'on a constamment recours, dans le service de M. le professeur Poncet, à la cholécystectomie à chaud. Cette pratique de l'ablation de la vésicule, comme nous le montrons plus loin par les observations recueillies, a donné des résultats, immédiats et éloignés, si satisfaisants ; elle a, d'autre part, toujours semblé si facile dans son exécution, qu'il paraît bien que l'on doive désormais la considérer comme le mode normal de

(1) Aussi bien elle a pour elle une sorte de priorité chronologique : elle fut pratiquée en 1878 par Marion Sims. L'ectomie vésiculaire ne remonte qu'à 1882 (Langenbuch).

traitement des cholécystites aiguës infectieuses. Montrer la supériorité de cette intervention radicale, tel est aussi bien le but de ce travail. Mais, tout d'abord, pour délimiter avec précision notre sujet, nous dirons quelques mots des cholécystites en général et des cholécystites calculeuses en particulier.

CHAPITRE PREMIER

Notions préliminaires.

I. — CLASSIFICATION DES CHOLÉCYSTITES INFECTIEUSES.

La classification des cholécystites infectieuses varie avec les auteurs. Ils parlent de cholécystites typhiques, calculeuses, grippales, puerpérales, suivant la cause qui a présidé à leur apparition. Mais au fond, ces deux derniers groupes, d'ailleurs assez rares, peuvent se résoudre dans le second ; car, presque toujours, il s'agit là d'infections secondaires qui ne se seraient pas produites sans des calculs biliaires déjà existants : la grippe ou la fièvre puerpérale furent les causes occasionnelles bien plutôt que la cause efficiente de l'inflammation. Restent donc seulement deux grandes classes principales de cholécystites infectieuses :

- 1° Les cholécystites typhiques ;
- 2° Les cholécystites calculeuses.

Des premières nous n'aurons pas à nous occuper ici. Aussi bien, M. le professeur Quénu a tout récemment indiqué, dans un article de la *Revue de chirurgie* (XLIII, 145, Paris, 1911), quels étaient leurs caractères, comment il fallait comprendre leur traitement opératoire au cours de la maladie ou pendant la convalescence. Nous étudierons donc seulement les cholécystites calculeuses.

II. — CLASSIFICATION DES CHOLÉCYSTITES CALCULEUSES.

A leur tour, les cholécystites calculeuses peuvent revêtir diverses formes, soit au point de vue anatomique, soit au point de vue clinique : elles peuvent être chroniques ou aiguës.

Les lithiases vésiculaires *chroniques* se présentent, au point de vue anatomique, sous forme de lésions variées : cholécystites catarrhales, scléreuses à forme atrophique ou hypertrophique, hydropisies de la vésicule, empyèmes, etc. Au point de vue clinique, elles se traduisent soit par des poussées inflammatoires répétées (cholécystite chronique récidivante), soit par une tumeur (hydropisie vésiculaire), soit enfin par des symptômes de suppuration (empyème).

Il s'agit là de lésions *permanentes*, irrémédiables, qui relèvent évidemment de la chirurgie, mais qui ne rentrent pas dans le cadre de ce travail. Nous n'envisagerons que l'hypothèse où la lithiase biliaire se traduit d'emblée par des accidents *aigus* qui met-

tent rapidement la vie en danger, à cause de leur acuité même, ou encore de leur répétition. Nous traiterons donc ici spécialement des causes, des formes diverses et des indications de la cholécystite calculeuse *aiguë* (1).

(1) Nous ne traitons au surplus que des formes infectieuses. Certains troubles *mécaniques*, fort curieux, observés au cours de la lithiase vésiculaire et cystique, peuvent présenter un caractère aigu. Il s'agit de l'hydropisie intermittente de la vésicule. Elle est essentiellement caractérisée par l'existence de phénomènes paroxystiques ou de *crises*, qui reviennent à des intervalles plus ou moins rapprochés, et qui sont généralement d'une durée assez courte (2 ou 3 heures au maximum). De là son allure aiguë. Cf., G. COTTE, *Lithiase biliaire. Op. cit.*, pp. 72-93.

CHAPITRE II

Les cholécystites aiguës calculeuses.

SOMMAIRE. — Pathogénie et évolution. — Formes : au point de vue anatomique, au point de vue clinique.

1^o PATHOGÉNIE ET ÉVOLUTION.

Les concrétions accidentelles qui se forment dans la vésicule aux dépens des sels (cholestérine) charriés par la bile, affectent des dimensions qui varient depuis la grosseur d'un grain de sable jusqu'à celle d'un œuf.

Il y a quelques années on pensait que le simple jeu de l'arrêt ou de la migration de ces calculs dans les voies biliaires suffisait à produire, mécaniquement, pour ainsi dire, les accidents de la lithiase (1). Aujourd'hui, nous le savons, la production elle-même des calculs est subordonnée généralement à une

(1) Aussi s'efforçait-on de les combattre par une thérapeutique appropriée ; on prenait des moyens propres à modifier les échanges intimes de l'organisme et à désagréger la cholestérine.

infection préalable. Aussi bien, au niveau de la vésicule, deux portes toujours ouvertes livrent un accès permanent aux agents infectieux : les vaisseaux sanguins, et les canaux excréteurs.

De leur côté, ces calculs, une fois formés, augmentent, par une sorte de choc en retour, l'infection locale qui les a engendrés : ils provoquent l'irritation des canaux biliaires ; surtout ils les obstruent, déterminant ainsi des rétentions biliaires (1).

Ainsi se produisent des poussées aiguës de cholécystite. Car la lithiase, dans cette première période, est une affection purement vésiculaire. C'est une cholécystite. Dans une seconde phase, elle devient canaliculaire et se propage aux voies biliaires principales.

« A partir de là, observe M. Cotte, le pronostic de la cholélithiase change complètement. Par l'arrêt qu'elle peut apporter à l'écoulement de la bile dans l'intestin, l'obstruction des voies principales constitue, en effet, un danger qui sera d'autant plus grave qu'il sera plus persistant. Elle devient la source de phénomènes infectieux qui, au lieu de rester localisés sur les voies accessoires, deviennent de plus en plus envahissants et menacent même la glande hépa-

(1) MM. R. Leriche et G. Cotte ont constaté (5 fois sur 6 observations) que le calcul devait être incriminé comme cause directe de l'obstruction et par conséquent de la poussée inflammatoire. Mais, exceptionnellement, il peut n'en être que la cause partielle. « Il est possible, remarquent-ils, que chez un malade porteur de calculs, plus ou moins enchatonnés, du cystique, ce soit la poussée inflammatoire elle-même qui ait parachevé l'obstruction de la voie accessoire. » (*Revue de chirurgie*, 10 déc. 1912 p. 870).

tique. Enfin lorsque l'infection hépatique elle-même est réalisée, la lithiase biliaire entre dans sa dernière phase.....

Phase vésiculaire, phase canaliculaire, phase hépatique, telles sont, en résumé, les trois étapes de la lithiase biliaire (1). »

On voit quel intérêt il peut y avoir à conjurer le mal dès sa première phase, alors qu'il est encore une cholécystite, et à trouver le traitement approprié de ce premier accident.

2° FORMES.

A. *Au point de vue anatomique.*

a) *Les débuts.* — La vésicule se tuméfie sous la poussée inflammatoire : son contenu se trouble ; ses parois, congestionnées, s'épaississent, se dilatent. Son volume s'accroît souvent dans de telles proportions qu'elle forme une tuméfaction nettement perceptible à travers la paroi, sous le bord inférieur du foie. Pareils phénomènes se produisent uniquement au début de l'infection. Une fois les premiers jours écoulés, ces désordres anatomiques se compliquent et progressent.

b) *Les formes.* — La cholécystite aiguë peut alors revêtir des formes suppurées, des formes hémorragiques, des formes phlegmoneuses ou des formes gangréneuses.

Comme leur nom l'indique, les formes *suppurées* sont caractérisées par l'existence, dans la vésicule,

(1) G. COTTE, *Lithiase biliaire. Op. cit.*, pp. 11-12.

d'un pus qui n'a plus rien de commun avec la bile. Dans ce cas, il n'est pas rare que la vésicule, tuméfiée, contracte des adhérences par sa surface péritonéale, et soit pour ainsi dire coiffée par l'épiploon.

L'infection atteint souvent le péritoine : il se forme à sa surface des ulcérations plus ou moins étendues qui font craindre parfois une perforation. Le danger est particulièrement redoutable du côté du cystique, vers le siège du calcul. Il s'y forme ordinairement une escarre de décubitus, et c'est malheureusement « presque toujours à ce niveau que se fait l'ouverture des voies biliaires dans le péritoine. Mais là n'est pas le seul mode de contamination du péritoine et on connaît actuellement des péritonites biliaires, à exsudat bilieux même, qui ne relèvent que d'une simple transsudation de bile à travers les conduits biliaires altérés » (1).

Les cholécystites *hémorragiques* sont caractérisées par des infiltrations sanguines : les petits vaisseaux, ramifiés dans la vésicule, se rompent par l'effet de la poussée inflammatoire et laissent écouler leur contenu. Cet accident est sans doute aussi favorisé par les thromboses qui affectent souvent ces vaisseaux.

Les cholécystites *phlegmoneuses* sont des formes « invétérées » de cholécystites aiguës dans lesquelles on a négligé d'intervenir assez tôt. On remarque alors des abcès interstitiels dans l'épaisseur des parois de la vésicule.

(1) LERICHE et COTTE, *Revue de chirurgie*, 10 déc. 1912, p. 871.

Les cholécystites *gangreneuses*, à la fois causes et effets d'infections redoutables, sont caractérisées par des plaques de sphacèle qui intéressent surtout le dessous de la vésicule.

B. *Au point de vue clinique.*

Ces quatre types anatomiques principaux de lithiase vésiculaire ne s'associent pas nécessairement à quatre variétés cliniques correspondantes. Pratiquement, les cholécystites aiguës infectieuses peuvent se ranger, au point de vue clinique, dans deux groupes différents. Il nous reste à en préciser les symptômes et les indications générales.

CHAPITRE III

Diagnostic et indications générales.

SOMMAIRE. — Diagnostic de la cholécystite aiguë calculieuse : les deux cas à considérer. — Les avantages de l'intervention précoce : les dangers de l'expectation ; avantage technique de la précocité ; statistiques : bilan des médecins, bilan des chirurgiens, comparaison des pourcentages de mortalité.

I. — DIAGNOSTIC.

1^o Supposons d'abord que les crises surviennent chez un *lithiasique connu comme tel*, et qui a déjà souffert antérieurement d'autres accidents hépatiques. On possède déjà, de ce chef, des renseignements généraux qui éclairent le diagnostic. Mais on pourrait conclure à une simple colique hépatique. Inopinément, surtout après un repas, c'est-à-dire au moment où la bile s'écoule dans l'intestin, le malade a ressenti une vive douleur vers le côté droit de l'abdomen, à la hauteur des fausses côtes. On a pu croire que cet accident tient à la migration des calculs à l'intérieur des voies biliaires. Et l'on se dit

que la crise est peut-être bénigne et qu'elle se résoudra d'elle-même, brusquement, comme elle a commencé, soit par le passage des calculs dans l'intestin, soit par leur retour dans la vésicule où ils retomberont. Seulement la crise, cette fois, a commencé par une douleur bien plus vive ; puis, en dépit du lit et de la morphine, la douleur persiste très grande dans la région sous-hépatique. Dans quelques cas, on constate à cet endroit une tuméfaction vésiculaire, que la contracture de la paroi empêche d'explorer. Mais surtout, en outre de tout cela, la réaction péritonéale et l'infection se traduisent par des signes non équivoques, dont la gravité même commande l'intervention : les anses intestinales se météorisent, l'abdomen manifeste, à la palpation, une sensibilité de toutes ses parties, les fèces et les gaz sont empêchés, le pouls bat plus vite et plus faiblement, la respiration devient laborieuse, on constate un état fébrile intense, les traits se tirent, et la langue est sèche. La gravité séméiologique de ces phénomènes est évidente. Si un tel état se prolonge un certain temps, il est manifeste que l'on n'a pas affaire à une simple colique vésiculaire, et que l'infection se propage hors de la vésicule. L'indication est assez claire. L'intervention s'impose. Tout milite en faveur de cette intervention : la nature infectieuse, locale, de la maladie ; son siège d'abord circonscrit, puis plus étendu ; enfin, nous allons le voir bientôt, les complications redoutables qui en résultent, et l'inefficacité du traitement médical.

2^e Supposons maintenant que le malade en est à sa *première crise*. Rien n'oriente le diagnostic. La

douleur irradiée sur tout l'abdomen empêche de déterminer avec précision le siège exact de l'inflammation : généralement c'est à peine si, au toucher, la sensibilité de l'hypocondre droit est plus vive que celle du côté opposé du ventre. On conclut à une appendicite. On intervient, et c'est l'opération seule qui met hors de cause l'appendice et qui révèle le véritable siège de l'infection. Il se produit bien parfois certains phénomènes qui permettent d'incriminer la vésicule : la rareté des urines, leur coloration biliaire, un certain degré d'ictère. Malheureusement, ces indices révélateurs d'une affection vésiculaire apparaissent rarement tout de suite. Et en les attendant, le diagnostic pourrait s'aggraver singulièrement. Vésicule ou appendice, peu importe l'organe infecté : le péritoine est en danger. L'intervention, cette fois encore, s'impose. Et elle doit se faire sans délai.

II. — LES AVANTAGES DE L'INTERVENTION PRÉCOCE.

Les dangers de l'expectation. — « Sans parler ici des malades qui succombent rapidement à une péritonite par perforation, il faut songer à tous ceux qui viennent encore avec des phlegmons biliaires ou avec des suppurations périvésiculaires étendues beaucoup plus difficiles à tarir que si l'on était intervenu plus tôt. Combien ont dû à une expectation trop longtemps poursuivie, une suppuration hépatique, une pyléphlébite, un abcès sous-phrénique ou une pleurésie purulente ? N'a-t-on pas vu, à la suite de ces infections vésiculaires, se développer des septicémies plus

ou moins étendues ? » (Leriche et Cotte, *Revue de chirurgie*, 10 décembre 1912, p. 873).

Avantages techniques. — Nouvel avantage, tout technique, de l'intervention à chaud : elle est beaucoup plus facile qu'à froid. La vésicule, tuméfiée par la poussée inflammatoire, contracte des adhérences avec les organes voisins : intestin, épiploon, estomac. Si l'on intervient d'une façon précoce, ces adhérences, encore lâches, seront facilement libérées : bien mieux, la vésicule, turgide, s'extériorisera spontanément, comme un ressort comprimé qui se détend. Plus tard, au contraire, la vésicule desséchée, et plus ou moins atrophiée dans sa position d'adhérence, sera pour ainsi dire symphysée avec les organes avec lesquels elle est en contact : il sera fort difficile de l'aborder et, plus encore, de la libérer.

De toutes façons, l'intervention à chaud est donc avantageuse.

Statistiques. — Pour établir le bien-fondé de l'intervention chirurgicale précoce dans la phase vésiculaire de la lithiase, il ne suffit cependant pas d'énumérer les dangers de mort que le malade peut y encourir. Il faut encore déterminer le degré de probabilité de ces échéances fatales, voir dans quelles proportions elles peuvent être conjurées par un simple traitement médical ou thermal, dresser un bilan semblable pour les interventions chirurgicales, et comparer entre eux les pourcentages ainsi obtenus.

Malheureusement ces statistiques comparatives ne peuvent être dressées d'une façon absolument rigoureuse. Les chiffres rapportés par les auteurs s'appli-

sa vie. Ses chances de survie seront même encore bien plus nombreuses que nous ne le disons, car dans les chiffres rapportés plus haut figurent toutes les opérations cholédociennes dont le pourcentage de mortalité est bien supérieur à celui de la chirurgie simplement vésiculaire.

Reste à choisir le mode d'intervention : cholécystendyse, cholécystectomie ou cholécystostomie ? Nous ne mentionnons que pour mémoire la première de ces méthodes ; elle n'existera bientôt plus qu'à l'état de souvenir (1). Dans les chapitres qui vont suivre, nous nous efforcerons d'établir l'excellence comparative de la cholécystectomie, et de noter les particularités de sa technique. Nous terminerons par un exposé des inconvénients de la cholécystostomie et de ses indications particulières.

(1) Et elle mérite le discrédit dans lequel elle est tombée. *Lyon chirurgical* du 1^{er} nov. 1910 cite (p. 479) 6 opérations de Braun qui ont donné 3 récidives et une mort par péritonite.

CHAPITRE IV

Du choix de l'intervention.

Cholécystectomie.

SOMMAIRE. — Cholécystictonie et appendicetomie. — Observation inédite. — Statistiques : jusqu'à 1906 ; jusqu'à 1908 ; de 1908 à 1913 (clinique de M. le professeur Poncet).

En principe, la question du choix de l'intervention dans la cholécystite aiguë calculieuse doit recevoir la même réponse que pour l'appendicite aiguë. Les mêmes raisons qui militent en faveur de l'ablation de l'appendice valent pour celle de la vésicule : suppression du foyer d'infection locale, sécurité pour l'avenir, facilité d'exécution de l'opération elle-même.

Pratiquement, l'observation inédite qui suit, faite sur un cas de cholécystite simple, où l'on eût hésité autrefois à pratiquer l'ectomie, va nous montrer les excellents résultats de l'opération radicale.

OBSERVATION I (inédite).

(Clinique de M. le professeur Poncet).

D..... Annette, ménagère, 42 ans, de Cize-Bolozon (Ain), entre le 22 juin 1913 dans le service de M. Poncet.

Rien à signaler des antécédents familiaux ni personnels : 3 enfants sans incidents.

L'affection actuelle débuta il y a quatre ans, avec une crise douloureuse à maximum épigastrique sans propagation vers l'épaule. Cette crise se produisit à 9 heures du soir et se prolongea jusqu'à 5 heures du matin avec des vomissements à la fin. Depuis lors elle s'est reproduite toujours à la même heure, avec une fréquence variable : d'abord tous les deux jours, puis toutes les semaines. Enfin, elle cessa. Après une intermittence de 2 ans, elle réapparait en février 1912. Elle n'a rien ressenti depuis : elle reprenait son travail le lendemain.

La crise actuelle a débuté le 21 juin 1913, à 9 heures du soir, comme d'habitude. Elle n'avait pas fait d'excès de table ; elle avait seulement eu, dans l'après-midi, une sensation d'estomac embarrassé. La crise douloureuse était à maximum épigastrique, puis hépatique, avec apparition d'une tumeur à l'hypocondre droit. Vers 1 heure du matin, elle a été prise de vomissements qui se sont répétés de quart d'heure en quart d'heure.

A l'examen, à l'entrée, elle présente un très léger subictère, une voussure de l'hypocondre droit, puis le foie à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. La vésicule est très douloureuse au niveau de l'épine iliaque. Pas de température (37°3) à l'entrée. Pouls à 74. — Le 23 juin, la température monte jusqu'à 39 le soir ; le pouls est à 84. Phénomènes locaux plus accentués encore ; subictère un peu plus marqué. Bon état général.

Diagnostic : cholécystite aiguë.

Intervention : 24 juin 1913. — M. Leriche sous-anesthésie à l'éther, fait une incision transversale à convexité basse et dépassant la ligne médiane. La vésicule énorme, turgide, prête à se rompre, est attirée au dehors avec le foie qui est largement

extériorisé. On cherche le carrefour cysticocholédocien. L'artère cystique est liée et la vésicule enlevée d'arrière en avant par voie sous-séreuse sans incident. Après hémostase, l'étui séreux est reconstitué — sur une mèche et un drain — et on referme la paroi, en glissant une petite mèche sous l'étui séreux.

Cette mèche sera enlevée rapidement.

Les suites immédiates sont excellentes. L'état général, l'appétit sont très bons. Il s'établit une fistule dont l'écoulement biliaire se tarit en peu de jours.

L'examen de la pièce montre une vésicule qui contient de la bile sans calculs ni pus macroscopique.

21 juillet. — La malade, complètement guérie, quitte le service.

8 septembre. — Guérison parfaite.

Mais l'étude comparative des résultats obtenus par l'ablation d'une part et par la stomie de l'autre, constitue encore le plus sûr moyen de nous faire une opinion sur cette matière.

STATISTIQUES ANTÉRIEURES A 1906.

(Extraites de COTTE, *Lithiase biliaire*, op. cit., pp. 40-41).

N. B. — Ces statistiques s'appliquent à une période où l'on réservait l'ectomie pour les cas graves. Il ne faut donc pas être surpris de leurs résultats douteux. On peut toujours se demander si, appliquée aux mêmes cas, la stomie n'eût pas donné une mortalité plus élevée; et par contre si, appliquée aux cholécystomisés, l'ectomie n'eût pas obtenu de meilleurs résultats au moins éloignés.

Statistique de Korte (sur 24 cas).

1^o Cholécystostomisés : 10.

1 mort (coma diabétique), au treizième jour ;

1 cas d'infection grave persistante pendant quatorze jours ;

3 fistules permanentes ;

2 récides au bout de six et dix ans.

2^o *Cholécystectomisés* : 14.

3 morts (2 fois par collapsus, 1 fois par péritonite, dans un cas où il y avait un phlegmon biliaire).

Statistique de la clinique de Kümmel (sur 84 cas).

1^o *Cholécystostomisés* : 80.

5 morts (péritonite généralisée) ;

2 fistules ;

1 récurrence.

2^o *Cholécystectomisés* : 4.

2 morts (dans les deux cas il y avait des calculs du cholédoque avec angiocholite).

Statistique de la clinique d'Heidelberg (sur 19 cas).

1^o *Cholécystostomisés* : 10.

2 morts : l'un au septième jour, de péritonite, malgré le drainage ; l'autre, au cinquième jour, de broncho-pneumonie ;

1 fistule ;

2 récurrences des douleurs.

2^o *Cholécystectomisés* : 9.

2 morts : l'un au huitième jour, de pneumonie ; l'autre au trente-quatrième, de septicémie (abcès sous-phrénique).

Statistique de Lilienthal (29 cas).

Cholécystectomisés (en pleine poussée aiguë, dont 7 cas de cholécystites gangréneuses).

1 mort seulement, due à l'infection hépatique antérieure.

STATISTIQUES ALLANT JUSQU'À 1908.

Les statistiques suivantes s'appliquent à une période plus rapprochée. Elles sont beaucoup plus significatives. Nous les extrayons, en les résumant, de l'article si documenté de *Lyon chirurgical* (1^{er} novembre 1910), où G. Cotte traite : *Du choix de l'intervention dans la lithiase biliaire* (pp. 477-479).

Brunner de Zurich, n'a eu qu'un décès sur 12 ectomies.
Proportion des échecs : 8,33 %.

Hofmeister, de Stuttgart, a fait, de 1903 à août 1908, 15 cholécystectomies, avec 1 mort par urémie. Echecs : 6,66 %.

La statistique de *Trendelenburg* peut se récapituler ainsi.
De 1896 à 1908 (1):

Cholécystectomies 58 cas *Proportion des échecs.*

Morts..... 2 — 1,73 %

Récidives (coliques hépatiques). 2 —

Adhérences 4 —

Fistules 0 —

Cholécystostomies 49 cas *Proportion des échecs.*

Morts..... 7 — 16,3 %

Récidives 8 —

Adhérences 4 —

Fistules 4 —

Dans cette clinique, d'ailleurs, la stomie est actuellement abandonnée après avoir été progressivement délaissée depuis 1903 :

En 1903 : stomies 4 ; ectomies : 2

En 1905 : — 4 ; — 11

En 1907 : — 2 ; — 13

A la clinique de Braun :

Stomies : 50. Insuccès ou récidives : 11..... 22 %

Ectomies : 105. Insuccès : 5..... 4,75 %

Dans deux de ces cinq derniers insuccès, il s'agissait seulement de douleurs dues à des adhérences ; dans le troisième cas (cholécystite chronique récidivante), un calcul du cholédoque avait passé inaperçu ; dans un autre cas, il existait un rétrécissement du canal commun ; enfin, dans la dernière observation,

(1) La ventilation de ces chiffres sous le rapport de la précocité de l'intervention et de la gravité des accidents, est très bien faite par MM. LEBICHE et COTTE, *Revue de chirurgie*, 10 décembre 1912, p. 882.

il s'agissait d'une récidive après drainage de l'hépatique, due sans doute à une reconstitution de calculs.

A la clinique d'Heidelberg (1907-1910).

Opérations à chaud de cholécystites aiguës infectieuses avec ou sans angiocholite : 62.

Chez 39 malades qui n'avaient que des lésions vésiculaires on n'a constaté qu'un cas de mort (1). A noter aussi un cas de nécrose graisseuse du petit épiploon, un cas de pneumonie et un autre de phlébite du membre supérieur. En somme, 39 malades, 1 mort. — *Stomies* : 4. Insuccès : 3.

Cas compliqués d'angiocholite : 14. *Ectomie* avec drainage de l'hépatique : 3 morts.

Cas compliqués de péritonite diffuse : 5. — *Stomies* : 4 ; insuccès : 3. *Ectomies* : 1 ; insuccès : 0.

STATISTIQUE DE 1908 à 1913

Clinique de M. Poncet (1908-1913).

La récenision des faits de lithiase, à la clinique de M. le professeur Poncet, accuse pour ces cinq dernières années des résultats plus satisfaisants encore. Comme à la clinique de Trendelenburg, au fur et à mesure que l'on s'est familiarisé avec la méthode radicale, on en a vu tous les avantages. On a perfectionné le détail de la technique, les cas d'insuccès se raréfient, et la tradition qui s'affirme à la clinique tend nettement à l'adoption exclusive de la cholécystectomie — sauf, bien entendu, les contre-indications ordinaires, ou plutôt extraordinaires : comme on va le voir, il n'y a eu lieu qu'une fois sur 9, dans un cas urgent, de recourir à la stomie.

Les observations qui vont suivre, de la clinique de M. Poncet, ainsi que celle plus haut rapportée p. 28, soit 9 observations, concernent précisément les cas susdits. Elles se rapportent à la période comprise entre août 1908 et juillet 1913.

(1) Imputable sans doute à la fermeture du cystique. Il vaut mieux laisser couler la bile au dehors librement.

CHAPITRE V

Observations.

(Dues à l'obligeance de M. l'Agrégé Leriche).

OBSERVATION II.

*Cholécystite aiguë simple. — Cholécystectomie. —
Guérison opératoire : 30 jours.*

Marie D..., trente-six ans, entre, le 8 août 1908, dans le service de M. Poncet pour des troubles digestifs avec ictère.

Sans antécédent spécial, cette femme a eu, à l'âge de dix-sept ans, un accouchement : trois mois après, ictère spontané sans coliques hépatiques dont elle se souviene, sans troubles digestifs importants. L'ictère disparut au bout de deux ou trois mois.

Depuis lors, elle a eu trois autres enfants sans incident. Il y a trois semaines, à la suite d'une angine, sont apparus des troubles digestifs, des nausées, des vomissements, de la constipation et un ictère léger qui a rétrocedé. Tous ces malaises ont eu nettement le caractère d'une réaction péritonéale légère. A plusieurs reprises, elle a eu des frissons répétés et une température élevée.

A l'examen, en outre d'un peu de ballonnement, on trouve de la défense du muscle droit, de la douleur dans la région vésiculaire, qui ne permettent pas une exploration plus approfondie. La température est de 39,2 à l'entrée.

Diagnostic : cholécystite aiguë.

Intervention immédiate (10 août). Opérateur : Leriche. — Aide : Mouriquand.

Incision sur le bord externe du droit. Il s'agit bien d'une vésicule très enflammée autour de laquelle sont agglutinés

l'épiploon et le côlon. Ces constatations faites, l'incision est transformée en incision en baïonnette. On libère le côlon et l'épiploon, le foie ne se laisse pas sortir au dehors. La vésicule épaissie n'est pas très volumineuse. Elle est incisée de bas en haut sans que le clivage sous-séreux soit possible. On n'arrive pas à cathétériser le cystique et le cholédoque, mais comme ils ne sont pas dilatés, et qu'on ne sent rien à leur niveau, on se borne à tamponner avec 3 mèches et à ramener le côlon vers la surface du décollement de la vésicule.

Guérison rapide ; sort le 9 septembre, cicatrisée complètement.

La vésicule enlevée, épaissie, très enflammée, renferme huit calculs baignant dans de la bile épaisse et du pus. L'épaississement est surtout péritonéal.

OBSERVATION III.

Cholécystite aiguë. — Cholécystostomie. — Guérison : 29 jours. — Accidents secondaires. — Intervention itérative.

Mme F. A....., âgée de cinquante-six ans, entre, le 5 septembre 1908, dans le service de M. Poncet, pour des troubles abdominaux à allures aiguës : vomissements, douleurs dans l'hypocondre droit, fièvre, etc. Cet état a débuté le 3 septembre brusquement à six heures du soir, par des vomissements et des douleurs qui firent croire à une indigestion. Les vomissements persistant, ainsi que les douleurs et la constipation, la malade entre à la clinique.

A l'examen, on constate du subictère, du météorisme, de la tuméfaction de l'hypocondre droit où se trouve une grosse masse difficile à délimiter : nous concluons à une cholécystite aiguë. La température oscille entre 38° 1 et 39°.

Cette femme n'a jamais eu de coliques hépatiques, et n'a jamais eu de troubles digestifs antérieurement.

On met de la glace sur le ventre et peu à peu tous les phénomènes aigus s'amendent : il ne reste plus que la grosse masse de l'hypocondre.

Intervention. — M. Leriche intervient : une incision parallèle au bord costal mène directement dans un phlegmon biliaire intra-pariétal. On y trouve des calculs et de la boue biliaire ; on les évacue et l'on draine sans faire plus.

Suites immédiates. — La malade guérit rapidement et, le 14 octobre, elle sort du service cicatrisée, et bien portante.

Accidents secondaires. — Le 11 avril 1911, la malade revient avec des troubles gastriques accentués ; à l'examen, nous trouvons les signes incontestables d'une sténose pylorique nette. Les accidents datent de six mois.

Le 12, M. Leriche fait une laparotomie médiane et trouve une grosse masse vésiculaire englobant le pylore et le duodénum. L'impression est d'un néoplasme ; pourtant il pourrait bien s'agir d'un simple reliquat inflammatoire péri-vésiculaire. L'état général ne permettant pas une intervention complexe, on fait une gastro-entérostomie postérieure au bouton.

Le résultat est excellent et, dix-sept jours plus tard, la malade part très améliorée.

Nous avons essayé d'avoir de ses nouvelles en septembre 1912, il nous a été impossible de la retrouver.

Nous n'avons donc pu savoir s'il s'est agi d'un néoplasme vésiculaire ou d'une simple cholécystite, mais il est certain qu'une cholécystectomie faite trois ans auparavant aurait évité à cette malade, pour le moins, bien des ennuis et une seconde intervention.

OBSERVATION IV.

Cholécystite aiguë suppurante. — Cholécystectomie. — Guérison : 21 jours.

Antoinette D..., quarante ans, de Saint-Vallier, entre le 26 août 1909 dans le service de M. Poncet pour des troubles abdominaux.

Toujours bien portante, cette femme a vu apparaître, depuis deux mois, des malaises progressifs, des douleurs dans le flanc droit, des nausées et une constipation opiniâtre.

Cet état était encore supportable lorsqu'il, y a huit jours, s'est brusquement installé un état aigu : de violentes douleurs sont apparues dans l'hypocondre droit, suivies bientôt d'un ballonnement général du ventre et de vomissements répétés avec température élevée.

Cet état péritonéal aigu cédant peu au traitement médical, elle nous est adressée.

A l'examen, on trouve une malade subictérique, souffrant beaucoup, qu'il est difficile de palper. Le pouls est un peu rapide et la température de 38°,5.

Le foie est abaissé ; au-dessous de lui on perçoit une grosse masse douloureuse, ayant le volume d'une grosse orange, qui semble être une vésicule distendue et très douloureuse : elle est mobile avec les mouvements respiratoires.

Intervention le 27 au matin. Opérateur : Leriche ; aide : Espenel. Anesthésie à l'éther. Une incision de 10 $\frac{c}{m}$ sur le bord du droit un peu basse conduit sur une grosse vésicule érigée en pénis, sous le bord inférieur du foie : des adhérences lâches à l'épiploon sont facilement libérées, puis l'incision étant agrandie à travers le muscle droit, on peut luxer le foie au dehors : le lobe droit sort très bien ainsi que la vésicule qui est très en dehors.

La vésicule, turgide, remplie de calculs, est enlevée par décor-tication sous-séreuse : on fait deux volets latéraux avec colle-rette laissée sur le fond. L'étui séreux se rompt au niveau du bassinnet que l'on coupe entre deux pinces : la vésicule est enlevée d'arrière en avant sans qu'une goutte de liquide s'écoule.

Le cholédoque et l'hépatique ne sont pas dilatés : un drain est mis à leur contact, autour duquel suinte de la bile claire. Deux mèches tamponnent autour de lui ; l'une d'elles est conduite avec le drain dans l'étui vésiculaire clos par deux points de catgut, l'autre est mise au-dessous. La paroi est refermée à trois plans, presque totalement.

Les *suites* de cette intervention furent très simples : les mèches furent progressivement retirées à partir du sixième jour. Au bout de trois semaines, la fistule était tarie, et la guérison complète.

L'*examen* de la pièce a montré une vésicule volumineuse, ayant subi un épaissement récent : elle renfermait du liquide séro-purulent, avec un gros calcul vert et une trentaine de petits calculs à facettes.

OBSERVATION V.

Cholécystite aiguë ulcéreuse. — Cholécystectomie. — Guérison : 15 jours environ.

Mme Ch..., trente-neuf ans, blanchisseuse à Grézieu-la-Varenne (Rhône), entre le 31 octobre 1909 dans le service de M. Poncet avec des phénomènes péritonéaux aigus.

Elle a eu depuis quelques années, de temps à autre, des troubles digestifs, mais à part cela une excellente santé. Il y a trois semaines, douleur abdominale, ballonnement, vomissements, constipation, température 38°,8 à 39°,5, ventre douloureux, surtout à droite.

A l'examen : Bon état général, ventre ballonné. Défense de la paroi à droite, malgré laquelle il est facile de sentir une grosse masse très douloureuse, qui est probablement la vésicule. Bref : cholécystite calculeuse aiguë.

Intervention : Le 2 novembre 1909. Opérateur : Leriche ; aide : Cotte.

Sous anesthésie à l'éther, on pratique une incision parallèle aux côtes de dix centimètres environ ; le foie est extériorisé, l'épiploon adhère à la vésicule par des exsudats récents mal organisés. Il est aisément libéré, laissant voir une grosse vésicule rouge en érection. Cholécystectomie sous-séreuse de bas en haut, le cystique étant coupé dès le début au ras du cholédoque. Un

drain mis dans l'hépatique passe avec une mèche dans le manchon séreux complètement reconstitué à l'aide de deux ou trois points de suture ; sous lui, on place deux petites mèches de sûreté. Fermeture de la paroi en trois plans.

Suites très simples ; les mèches furent progressivement retirées, le drain ne laissa jamais couler la moindre bile et le pansement ne fut jamais souillé ; au moment de l'intervention, une bile claire avait coulé abondamment par l'ouverture de l'hépatique.

Guérison opératoire très rapide.

La *pièce* est constituée par une vésicule avec épaissement récent, renfermant de nombreux calculs et du liquide louche séro-purulent et bilieux. La muqueuse, très congestionnée et ecchymotique, présente par endroits des ulcérations ; à l'examen histologique on voit qu'il existe une infiltration totale des différentes couches de la vésicule. Du côté de la muqueuse, l'épithélium est presque totalement disparu et on ne retrouve que quelques cellules épithéliales dans le fond de certains cryptes. Plus loin, il existe une ulcération dont le fond repose directement sur la couche musculaire.

OBSERVATION VI.

Cholécystite aiguë hémorragique. — Cholécystectomie.

— Guérison opératoire : moins d'un mois.

V. Marie, trente-cinq ans, demeurant à Saint-Peray, entre le 24 septembre 1910 dans le service de M. Poncet pour des accidents vésiculaires déjà anciens.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires. Personnellement, aucune maladie dans l'enfance. A dix-huit ans, embarras gastrique fébrile qui dura plus d'un mois (fièvre typhoïde probable) et pour lequel elle fut soignée à Marseille, où elle était placée. Aucune localisation vésiculaire à ce moment.

Mariée à vingt-deux ans, elle a eu trois grossesses. Il y a six ans, au cours de la dernière, elle eut à différentes reprises des coliques hépatiques ; mais celles-ci ne nécessitèrent jamais un repos au lit de plus de quarante-huit heures. Il y a trois ans, elle eut une poussée plus violente, qui se prolongea pendant une huitaine de jours.

L'affection actuelle remonte déjà à une quinzaine de jours. Elle a débuté comme une colique hépatique ordinaire, mais malgré le repos au lit et la glace, les douleurs ne se sont pas calmées.

A l'entrée, il s'agit d'une femme amaigrie chez laquelle il est très facile de sentir un foie abaissé et, au-dessous, une tuméfaction vésiculaire tout à fait caractéristique. Cette masse, très tendue, est douloureuse à la pression, et suit les mouvements respiratoires. La température est de 38°,5 le soir de l'entrée. Léger subictère des conjonctives. Ventre souple légèrement ballonné. Constipation. Bon état général.

La crise remontant déjà à quinze jours et n'ayant pas cédé aux moyens médicaux, on décide d'intervenir le lendemain.

Opération : (Cotte). Incision paramédiane sur la tumeur avec section partielle du droit en haut et en dedans.

Le péritoine ouvert, on trouve dans la région sous-hépatique une vésicule à méso, en battant de cloche, présentant au niveau du fond et à la face inférieure de grands placards hémorragiques. Les parois distendues empêchent de reconnaître s'il existe des calculs à son intérieur.

Ablation de la vésicule après ligature de l'artère cystique. Au moignon cystique, on ne voit sourdre aucune trace de bile. Malgré cela, à son contact, on laisse un drain et une mèche. Fermeture presque complète de la paroi.

Suites très simples. Aucun écoulement de bile par le drain. Guérison en moins d'un mois.

L'examen de *la pièce* montre qu'il s'agit d'une cholécystite calculeuse hémorragique, dans laquelle le contenu de la vésicule renferme seulement de la bile épaisse. Par endroits, les parois de la vésicule sont tellement infiltrées de sang qu'on croirait

à un infarctus. La muqueuse offre dans presque toute son étendue un piqueté hémorragique, mais aucune ulcération. Calcul enchatonné au niveau du bassinnet avec oblitération du cystique sous-jacent.

A l'examen histologique on voit qu'il existe dans toute l'épaisseur des parois vésiculaires, mais surtout dans la sous-séreuse et dans la sous-muqueuse, une abondante infiltration de globules rouges.

OBSERVATION VII (1).

*Cholécystite aiguë gangréneuse. — Cholécystectomie.
— Guérison opératoire : 75 jours.*

Femme âgée de cinquante et un ans, vue le 28 décembre 1911, au matin ; elle était dans un état encore bon, la langue encore humide ; le pouls était à 100, la température à 38°5. La veille, elle avait été prise, au réveil, d'une vive douleur mal localisée, suivie de ballonnement et de vomissements. Dans l'interrogatoire, on ne trouvait aucun renseignement spécial : elle avait, presque toute sa vie, été bien portante. C'était là sa première maladie.

Le ventre était ballonné, un peu douloureux ; nous eûmes l'impression d'une obstruction du gros intestin, sinon d'une péritonite, et décidâmes une intervention immédiate.

Intervention : Opérateur : Leriche ; aide : Murard. Anesthésie à l'éther. Laparotomie sous-ombilicale. Sitôt le péritoine ouvert, du liquide séro-purulent s'écoula en assez grande quantité : l'appendice et les annexes furent trouvés sains ; le gros intestin fut exploré vainement dans sa totalité, le grêle déroulé en entier.

(1) Publiée par LERICHE et MURARD. Cholécystite gangréneuse. Péritonite libre, par perforation. Cholécystectomie. Drainage de l'hépatique. Fermeture de l'abdomen après injection d'huile goménolée. Guérison. *Lyon chirurgical*, t. VII, n° 4, 1^{er} avril 1912, p. 479.

Partout il y avait des exsudats et du liquide, sans la moindre tendance à l'enkystement, mais la cause n'apparaissait pas, lorsque la main, glissée vers l'épigastre, perçut une grosse masse sous-hépatique, qui fit songer à un cancer de l'estomac.

La laparotomie fut immédiatement agrandie vers le haut ; elle montra que l'estomac n'avait rien, mais que la vésicule, accolée au côlon, était volumineuse, rougeâtre, et qu'elle laissait échapper du liquide biliaire. Une incision transversale menée sur la droite permit de l'explorer : elle renfermait des calculs et présentait une perforation à gauche, en plein corps vésiculaire. Après assèchement rapide de l'abdomen, le foie fut extériorisé sur des compresses, et la vésicule enlevée ; un drain, entouré de trois ou quatre mèches, fut placé au contact de l'hépatique et le ventre, refermé dans presque toute son étendue, après qu'on y eut versé 100 grammes d'huile goménolée.

Les suites de cette intervention furent des plus simples : elles ne donnèrent aucune inquiétude. L'écoulement bilieux, assez abondant, s'est tari complètement vers le milieu de mars à l'aide de la cure alimentaire, et cette malade est actuellement complètement guérie.

Sur la vésicule, on voit de grands placards rougeâtres. Ils correspondent à des lésions pariétales ulcéreuses. On aperçoit nettement deux perforations au centre d'une plaque sphacélique. La vésicule renfermait plusieurs calculs, de la bile et du pus sur les coupes.

OBSERVATION VIII.

Cholécystite phlegmoneuse avec péritonite de voisinage. — Cholécystectomie. — Guérison : 64 jours.

Mme S..., âgée de quarante-deux ans, de Rive-de-Gier, entre le 4 janvier 1912 dans le service de M. Poncet.

Depuis sept ans, elle a des coliques hépatiques à répétition avec de courtes périodes de rémission ; elle est, en somme, constamment malade.

Depuis un mois et demi, elle a pris de l'ictère, des troubles digestifs allant jusqu'à une véritable intolérance gastrique et des accès fébriles.

A l'entrée : Nous trouvons une femme d'embonpoint assez marqué, ayant tous les signes d'un ictère par rétention ; le pouls est à 80, la température de 38°,5. Le ventre souple, indolore, laisse facilement percevoir un gros foie et une vésicule augmentée de volume, mais presque indolore.

Le soir même, la malade prend des frissons, monte à 40° et se met à vomir.

Le lendemain, l'état est plutôt aggravé, la température reste à 40°,2. Le pouls est à 100, la malade vomit, le ventre est ballonné, douloureux, et ne peut être exploré.

Il est évident qu'il se fait une poussée de cholécystite aiguë avec péritonite de voisinage.

Nous décidons une intervention immédiate.

Opération (6 janvier 1912). Opérateur : Leriche ; aide : Cotte. Après injection de dix centimètres cubes de sérum humain frais (recueilli au cours d'une kélotomie faite auparavant chez un jeune homme sain), la malade est endormie à l'éther. Une incision verticale sur le bord du droit, avec branchement horizontal à travers le muscle, conduit sur un gros magma inflammatoire de péritonite récente, symphysant le côlon, l'épiploon, le foie et la vésicule. Ces adhérences sont détachées aisément, laissant apercevoir autour de la vésicule de nombreux exsudats puriformes. Le foie est extériorisé et la vésicule apparaît au dehors, énorme, grosse comme un poing, rouge violacé, turgide, tendue en érection.

Au travers de ses parois exsude une sérosité verdâtre. Par places, à sa face inférieure, se retrouvent des exsudats verdâtres, purulents, sans qu'il y ait de perforation.

Le cystique file vers la ligne médiane, il est énorme, gros comme un gros pouce ; il contient un très gros calcul et au

premier abord en impose pour le cholédoque. Cette apparence est d'autant plus vraisemblable qu'il y a, sur sa face antérieure, une grosse artère, plus grosse qu'une radiale, qui fait songer à l'hépatique ; derrière lui, une énorme veine très large fait penser à la veine porte.

La vésicule est coupée au ras du cystique (pris pour le cholédoque) et enlevée de bas en haut, par décortication sous-séreuse. Puis le canal cystique est fendu, on se rend compte que ce n'est pas le cholédoque et qu'il s'agit d'une fausse biloculation cholécysto-cystique. Le calcul extracystique étant enlevé, on arrive au carrefour hépato-cholédoque. Ces deux canaux sont explorés, un drain est mis à leur contact. Avec quelques mèches de gaze et le foie étant réintégré, la paroi est partiellement fermée à deux plans. A l'examen histologique, on voit qu'il s'agit d'une cholécystite phlegmoneuse des mieux caractérisées.

Les *suites* furent d'abord très simples : la température tomba le soir même à 38°,5 et en deux jours à 37°. Au bout d'une huitaine, alors que les mèches ne sont pas encore enlevées, la malade se plaint d'un état nauséux, elle a de petits mouvements fébriles ; d'autre part, les matières sont mal colorées.

La mobilisation des mèches n'amène tout d'abord aucun changement, puis deux petits fragments de calculs s'éliminent par la plaie et la température (38°,2) tombe.

A partir de la deuxième semaine, convalescence régulière.

Le 12 mars, la malade quitte le service, sa plaie complètement cicatrisée, dans un état de santé très satisfaisant.

OBSERVATION IX.

*(Extrait du compte rendu de la séance du 10 février 1913,
de la Société nationale de médecine de Lyon. Rap-
port de M. Paul Dufourt, interne des hôpitaux).*

*Cholécystite aiguë phlegmoneuse. — Cholécystectomie
à chaud. — Guérison : 38 jours.*

J'ai l'honneur de présenter, au nom de M. le docteur Leriche, les pièces d'une cholécystectomie faite à chaud pour une cholécystite aiguë suppurée.

Il s'agissait d'une femme, A... Louise, cinquante et un ans, n'ayant jamais eu de grossesse, sans passé pathologique.

Depuis quatre ans, elle avait présenté trois coliques hépatiques à caractères nets, observées toutes les trois par le docteur Boyer : elles furent remarquables par leur grande bénignité et leur courte durée (24 heures à peine). Dans l'intervalle, la santé était parfaite.

Dans la nuit du 2 au 3 février 1913, nouvelle colique hépatique avec la symptomatologie habituelle : douleur, vomissement bilieux... Mais cette fois, au bout de 48 heures, l'état s'aggrava brusquement : douleurs et vomissements redoublèrent d'intensité ; la température monte à 39°,5, et la malade perçut dans le flanc droit comme une sensation de déchirure, en même temps qu'apparaissait et se développait une tuméfaction de la région vésiculaire. Devant cet épisode imprévu, le docteur Boyer songea à une complication grave et posa l'indication chirurgicale.

Intervention : Malgré le parfait état général de la malade, le lendemain, 6 février (au début du quatrième jour), M. Leriche intervint d'urgence, dans le service de M. Poncet. La tuméfaction, grosse comme un poing, était très basse dans la fosse iliaque, le foie étant très ptosé ; elle fut abordée par une incision courbe ; des adhérences récentes symphysaient le bord du foie

et la vésicule à la paroi ; elles furent libérées au doigt, puis le foie fut extériorisé et l'ablation de la vésicule pratiquée sans incident d'arrière en avant, comme d'habitude ; elle était énorme, tendue, violacée, fissurée près du col. Une ligature fut mise sur le cystique *qui était oblitéré*, quelques mèches furent placées dans le lit vésiculaire et la paroi partiellement refermée.

Les suites paraissent devoir être très simples (1).

L'examen de la pièce montra la grosse vésicule que voici, distendue à l'excès par du pus d'abcès chaud ; il n'y avait ni bile, ni sable, mais un très gros calcul de 4 $\frac{c}{m}$ de large, de 5 de long, libre dans ce pus phlegmoneux. Les parois de la vésicule, malgré sa distension, étaient épaisses et œdémateuses ; la muqueuse est encore recouverte d'exsudats membraneux et puriformes. Au niveau du col, il existait enfin une ulcération très nette, amorce certaine d'une perforation en voie de réalisation.

Commentaires de M. Paul Dufourt (même séance).

Il s'est agi, en somme, d'une *inflammation phlegmoneuse aiguë* survenue dans une vésicule fermée, et en voie de perforation. Le cas est intéressant par la brutalité et la gravité de l'accident survenu au cours d'une lithiase en apparence très bénigne.

La pièce est intéressante au point de vue anatomopathologique.

Enfin, le traitement aussi doit être signalé : la cholécystectomie précoce est la thérapeutique de choix dans ces cas. Elle est bien supérieure au simple drainage de la vésicule, qui ne met nullement à l'abri des accidents ultérieurs et quelquefois n'arrête même

(1) A la date du 17 février, la malade est en parfaite voie de guérison : les mèches sont enlevées, il n'y a eu aucun écoulement biliaire.

pas l'infection en cours. Elle est à comparer à l'appendicectomie précoce dans le traitement de l'appendicite ; elle en a toute la facilité, disent MM. Leriche et Cotte, qui ont consacré à cette question un travail récent dans la *Revue de chirurgie* (1). Cette observation en est une nouvelle preuve.

Commentaires de M. Leriche (même séance).

Cette pièce vient à l'appui des idées que nous avons récemment défendues avec M. Cotte dans un article de la *Revue de chirurgie* sur la cholécystectomie à chaud. Les observations que nous avons publiées, au nombre de six, montrent que la cholécystectomie à chaud est à la cholécystite aiguë ce que l'appendicectomie précoce est à l'appendicite aiguë. Facile dans son exécution, elle a l'avantage de mettre le malade à l'abri de complications graves et d'amener ainsi très rapidement une guérison dans de bien meilleures conditions.

Chez cette malade, dont l'observation vient s'ajouter à celles que nous avons publiées, les accidents remontaient à trois jours. La malade avait une température élevée (39°,5).

A l'intervention j'ai trouvé une vésicule fermée, distendue à l'excès, en voie de fissuration, aux parois rouges et infiltrées avec un contenu d'abcès chaud. La cholécystectomie, comme c'est la règle en pareil cas, a été facile à exécuter, car la vésicule ne présen-

(1) R. LERICHE et COTTE. De la cholécystectomie à chaud dans les cholécystites aiguës calculueuses. *Revue de chirurgie*, décembre 1912.

tait encore aucune adhérence ni avec l'estomac ni avec l'intestin.

Les suites opératoires ont été très simples, et, actuellement, la malade est en bonne voie de guérison.

OBSERVATION IX (*suite*).

(Extrait du compte rendu de la séance du 31 mars 1913, de la Société nationale de médecine de Lyon. Extrait du rapport de M. Paul Dufourt. Présentation de la malade).

L'histoire de cette malade et ses pièces ont été présentées déjà à la Société (séance du 10 février 1913) : il s'agissait d'une poussée aiguë dans une vésicule calculeuse. L'intervention fut faite au cours de cette poussée, trois jours après le début des accidents : on trouva une très grosse vésicule distendue par le pus, contenant un calcul unique, volumineux et présentant au niveau du col une ulcération en voie de perforation.

Nous avons tenu à vous présenter la malade elle-même, car elle est vraiment un excellent résultat : opérée le 6 février, elle a quitté le service le 14 mars presque complètement cicatrisée, en très bon état général, ayant engraisé notablement. Les suites opératoires ont été très simples : les mèches placées au contact de la face inférieure du foie furent enlevées complètement au dix-huitième jour. Il est à remarquer qu'au cours de l'intervention le cystique avait été lié après section, qu'il ne fut pas établi de drainage biliaire et que les mèches ni le pansement n'ont jamais présenté de taches de bile.

Depuis l'ablation des mèches, le pansement fut fait régulièrement avec la pâte bismuthée de Beck.

D'autre part, l'examen histologique, pratiqué dans le laboratoire du professeur Poncet, par MM. Cotte et Blanc-Perduet,

a montré qu'il s'agissait d'une cholécystite chronique déjà ancienne avec épaissement des parois et hyperplasie glandulaire. Une infiltration leucocytaire intense dans la sous-muqueuse et la sous-séreuse traduisent la poussée aiguë récente.

M. Goullioud demande si dans ces interventions à chaud il ne serait pas préférable de faire un drainage des voies biliaires principales.

M. Leriche. — Dans les observations que nous avons publiées avec M. Cotte, il s'agissait toujours de cholécystites aiguës sans angiocholite. Ainsi nous n'avons jamais fait que le drainage au contact du moignon cystique. Dans tous les cas on avait l'impression que c'est la fermeture brusque de la vésicule qui avait amené les accidents aigus ; il s'agissait d'accidents uniquement vésiculaires. S'il y avait en même temps des signes d'angiocholite (ictère, fièvre, frissons, etc.), il faudrait évidemment ajouter à l'intervention le drainage des voies principales.

CHAPITRE VI

Analyse des observations.

SOMMAIRE. — Analyse générale. — Nature des cas. — Durée de la guérison opératoire. — Conclusions.

1° *Analyse générale :*

Malades opérés pour lithiases.....	34
Cholécystites aiguës.....	9
<i>Cholécystectomies</i>	8
— Guérisons	8
— Récidive	0
<i>Cholécystostomie</i>	1
— Guérison immédiate.....	1
— Intervention itérative.....	1

Dans le cas unique (obs. III) où l'on a dû se contenter d'un simple drainage vésiculaire, il y avait une perforation pariétale et un phlegmon de voisinage. La malade a guéri, mais, deux ans après, elle faisait une grave sténose pylorique : d'où nouvelle intervention.

2° *Nature des cas.*

Le total des interventions radicales, toutes heureuses, on le voit, se décompose ainsi au point de vue de la complexité des cas.

A. Inflammations simples, sans complications	2	(Obs. 1 et 2)
B. Ulcère	1	(Obs. 5)
C. Gangrène-cholécystite perforante	1	(Obs. 7)
D. Suppurations (1)	1	(Obs. 4)
E. Phlegmons	2	(Obs. 8 et 9)
F. Hémorragie	1	(Obs. 6)

Les principales formes anatomo-chirurgicales de cholécystites sont représentées dans ce tableau. Et l'on voit que la cholécystectomie, appliquée indistinctement à tous ces cas, depuis les plus simples jusqu'aux plus compliqués, a donné d'excellents résultats.

La stomie, pour nous répéter à quelques lignes de distance, a été appliquée à un seul cas de cholécystite (avec perforation pariétale et phlegmon de voisinage).

3° *Durée de la guérison opératoire.*

(De la date de l'intervention à celle de la sortie du service).

I. — POUR LE CAS DE STOMIE (obs. 3).

Guérison opératoire (opération première).. 29 jours

Guérison opératoire (opération secondaire).. 17 —

Durée totale..... 46 —

(1) Des suppurations existent encore dans les cas 5, 7 et 9.

II. — POUR LES CAS D'ECTOMIE.

- A. Inflammations simples, sans complications (obs. 1 et 2).
Guérison opératoire (obs. 1 et 2) 30 jours
- B. Cholécystite ulcéreuse (obs. 5).
Guérison opératoire environ 15 jours
- C. Gangrène (obs. 7).
Guérison opératoire 75 jours
- D. Suppurations (obs. 4).
Guérison opératoire 21 jours
- E. Phlegmons (obs. 8 et 9).
Guérison opératoire, moyenne 51 j. (64 et 38)
- F. Hémorragie (obs. 6)
Guérison opératoire 28 j. (moins d'un mois)
Durée moyenne de la guérison opératoire pour ces cas d'ectomie (220 : 6) 36 jours

La cholécystostomisée, dans ses deux séjours à la clinique, a attendu sa guérison 47 jours. Mais on ne peut faire état d'un seul cas pour établir une proportion ; d'autre part, la récurrence, qui entre ici en ligne de compte, est un fait exceptionnel. Prenons donc pour base son premier séjour à l'hôpital seulement (Guérison : 29 jours). Et disons, au pis aller :

Conclusions. — Dans les cas de cholécystite aiguë calculieuse traités ces cinq dernières années à la clinique de M. Poncet :

1° La cholécystectomie à chaud a très bien réussi (8 cas) quelle que fût la forme de la cholécystite ;

2° La guérison opératoire des ectomisés a été plus définitive, et *sensiblement aussi rapide*, que celle de la personne stomisée.

Dès maintenant il semble bien que l'on puisse conclure que *les faits* militent ici en faveur de l'ablation vésiculaire dans le traitement des cholécystites aiguës calculeuses. Il reste à résoudre quelques objections, plutôt *théoriques*, contre l'opportunité de cette intervention. Nous le ferons quelques pages plus loin.

CHAPITRE VII

Technique.

SOMMAIRE. — Préparatifs de l'opération. — Opération : position de l'opéré ; incision ; cholécystectomie proprement dite, classique, sous-séreuse. — Drainage des voies biliaires. — Les deux cas à prévoir.

A. — PRÉPARATIFS DE L'OPÉRATION.

Toutes les fois que l'opération n'a pas un caractère urgent, on aura recours aux précautions suivantes : Le malade sera baigné la veille et l'avant-veille. Sauf contre-indication, on donnera la veille deux cuillerées d'huile de ricin. Kehr et Körte insistent beaucoup sur la vacuité du tube digestif au moment de l'opération. Mais si le malade est faible ou cachectique, il faut, au contraire, le tonifier par une nourriture substantielle ou, au besoin, par des lavements alimentaires et des injections de sérum. Enfin, l'état du cœur et des organes de la respiration doit être examiné avec soin : on n'opérera pas un malade qui serait en cours de bronchite ; si le cœur est faible,

Kehr donne du strophantus et de l'alcool ; les alcooliques ne seront pas privés d'alcool.

Les préparatifs plus prochains, immédiatement avant l'opération, consistent dans la désinfection habituelle et l'anesthésie à l'éther.

De plus, habituellement, comme chez tous les hépatiques, M. Leriche fait précéder l'intervention d'une injection de sérum de cheval, de sérum humain frais ou d'hémostyl Roussel.

B. — OPÉRATION.

a) *Position de l'opéré.* — Le but à atteindre est l'hyperextension du tronc : il faut, autant que possible, faire « bâiller » l'espace compris entre le foie et le côlon transverse. A cet effet, on peut donner au corps une position cambrée (1) ; ou préférer le décubitus dorsal, les membres inférieurs étant laissés un peu plus bas que la tête : la région lombaire repose sur un coussin de sable (coussin de Mayo-Robson) assez rigide qui détermine une hyperextension considérable du tronc. Ce dernier procédé est actuellement employé par la majorité des chirurgiens.

b) *Incision.* — Les incisions classiques pour aborder les voies biliaires se ramènent à deux types principaux : les incisions verticales et les incisions obliques.

Les premières (médianes, latérales ou transrectales) sont aujourd'hui d'un usage moins fréquent : l'attitude d'hyperextension que l'on donne actuelle-

(1) LERICHE et COTTE, *Revue de chirurgie*, 10 décembre 1912, p. 877.

ment au tronc ne permet pas l'écartement des lèvres de la plaie.

Les incisions obliques, par contre, font bâiller la plaie largement et respectent l'inervation de la paroi abdominale. Aussi sont-elles habituellement employées à la clinique de M. Poncet. Très habituellement, on y utilise l'incision courbe sous-costale. Dans les cas aigus cependant, si l'on a des doutes sur le diagnostic, on peut commencer parfois, pour plus de simplicité, par une incision parallèle au bord du droit faite au point saillant de la tuméfaction vésiculaire. S'il est nécessaire, on l'agrandit en allant vers l'appendice xiphoïde. Mais, en règle générale, on fera l'incision de Sprengel.

c) *Cholécystectomie proprement dite.* — La cholécystectomie peut se faire suivant deux procédés :

1° *Classiquement*, après avoir lié l'artère cystique au niveau du canal cystique, on incise le péritoine sur chacun des bords du cholécyste ; puis on libère la fossette cystique ; enfin, on met une ligature ou on suture le canal cystique. On rapproche ensuite les bords de la fossette cystique par quelques points au catgut.

2° *L'ablation sous-séreuse* de la vésicule, mise en faveur par Doyen en 1899 (1), consiste essentiellement

(1) Doyen ne faisait ici qu'appliquer à la vésicule la méthode décrite en cette même année 1899 par M. le professeur Poncet, pour la résection de l'appendice. Cette méthode consiste à profiter de la zone décollable qui existe entre la séreuse de l'appendice et sa tunique musculieuse pour faire la libération de cet intestin. M. Poncet a monté depuis, dans les thèses de plusieurs de ses élèves (Vignard, Delore), quel parti on pouvait tirer de cette décortication sous-séreuse.

à tailler deux lambeaux péritonéaux sur la face inférieure de la vésicule, à les décoller de la musculieuse vésiculaire et, enfin, la vésicule une fois enlevée, à se servir de ces deux lambeaux pour péritoniser la fossette cystique.

Pratiquement, pour exécuter avec plus de facilité cette manœuvre (qui a été également très recommandée par M. Tixier dans la thèse de Buffé), on dégage d'abord la séreuse péritonéale au niveau du collet de la vésicule, car le péritoine se décolle plus aisément à cet endroit.

Ce décollement étant ainsi amorcé, on incise la séreuse péritonéale sur toute l'étendue de la face inférieure du cholécyste. Tout le long de cette incision longitudinale, on libère successivement la vésicule elle-même, puis son col et le pédicule cystique.

On dissèque les deux lambeaux ainsi obtenus jusqu'à leur réflexion sur la face inférieure du foie. Cependant, du côté du fond de l'organe, la séreuse, très adhérente, est impossible à décoller. « Il faut à ce niveau, dit M. Cotte (1) à qui nous empruntons une bonne partie des détails de cette technique, sectionner franchement le péritoine en faisant une incision demi-circulaire, passant à un centimètre au-dessous du pôle de la vésicule. Du côté du canal cystique, on peut en prolonger l'incision sur le feuillet antérieur du petit épiploon, arriver jusqu'au niveau du cholédoque. »

La décortication sous-séreuse de la vésicule présente les mêmes avantages que l'appendicectomie

(1) COTTE, *Lithiase biliaire. Op. cit.*, p. 213.

sous-séreuse (éviter la blessure des organes voisins qui sont réclinés en même temps que les lambeaux péritonéaux adhérents ; effectuer une meilleure péritonisation de la fossette cystique, et permettre ainsi de faire une véritable exclusion du champ opératoire). L'emploi doit donc en être généralisé le plus possible, de préférence au procédé classique. Nous allons voir cependant qu'il existe des cas où la cholécystectomie sous-séreuse est contre-indiquée.

d) *Drainage des voies biliaires.* — L'ablation de la vésicule doit être suivie du drainage des voies biliaires par le moignon dans tous les cas où il y a des traces d'inflammation. On pose à cet effet un drain et des mèches au contact du moignon, avant la fermeture de la paroi. Ainsi tombe un des plus graves reproches que les partisans de la stomie systématique adressent à l'ectomie, à savoir celui de ne pas faire le drainage des voies biliaires, et de rendre impossible l'évacuation secondaire des calculs.

La technique dont nous venons de décrire les quatre phases (préparation, incision, cholécystectomie, drainage) est pour ainsi dire schématique. Dans la réalité, la préparation et les procédés d'incision restant tels que nous les avons décrits, deux cas peuvent se présenter pour l'opération elle-même. Nous aurons recours ici à l'expérience de MM. Leriche et Cotte (1).

« Premier cas : *La région vésiculaire est libre.* La vésicule tuméfiée, distendue, forme une tuméfaction lisse, tendue, régulière, turgescence et violacée. Dans

(1) *Revue de chirurgie*, 10 décembre 1912, pp. 877-879.

le péritoine il n'y a qu'un peu d'exsudation séreuse ou séro-purulente. Il n'y a pas d'adhérences avec les organes voisins. Dès lors l'indication est facile à remplir. Après avoir extériorisé le foie, on confie à un aide le soin de le maintenir en dehors. D'emblée on se porte vers le pédicule hépatique, et, après avoir incisé le prolongement du petit épiploon qui enveloppe le canal cystique, on isole et on lie à son intérieur l'artère cystique, à gauche de ce conduit. L'hémostasie étant ainsi réalisée, on met une pince sur le canal cystique au ras du cholédoque, on prolonge à la face inférieure de la vésicule l'incision du feuillet séreux qui la recouvre, et on achève très simplement l'extirpation de la vésicule. Un drain est laissé au contact du cystique qu'il faut toujours laisser ouvert ; une mèche est mise au-dessous. Puis on suture la plus grande partie de l'incision. Quelques auteurs ont recommandé de ponctionner la vésicule, dans la crainte qu'elle ne se rompe pendant son ablation. C'est là une manœuvre absolument inutile. Rien n'est plus facile que de libérer une vésicule lisse, turgide, imperforée ; au contraire, il est souvent difficile d'isoler une vésicule fistuleuse et flétrie. Les compresses disposées au début de l'intervention suffisent, d'ailleurs, à protéger le ventre contre l'issue du liquide, si une déchirure se produisait.

Du côté du péritoine, enfin, on remplira les indications qui peuvent résulter de l'existence d'une péritonite diffuse ou en voie de diffusion. Mais nous ne saurions entrer ici dans le détail des procédés à

mettre en œuvre en pareil cas. Il nous suffira de dire qu'après évacuation du liquide épanché dans l'abdomen, nous avons eu recours à l'injection d'huile camphrée à 1 % : cette méthode nous a donné les meilleurs résultats dans le traitement des péritonites et, dans le cas particulier de cholécystite perforante que nous rappelons plus haut (obs. 7), nous l'avons employée avec succès.

Deuxième cas : *La vésicule est dissimulée sous un foyer de péritonite localisée.* L'épiploon, le gros intestin forment autour d'elle un rempart d'autant plus épais que le début de l'infection est plus ancien. Toutefois il s'agit là d'adhérences lâches, œdémateuses, qui se laissent assez bien détacher. Aussi bien le premier temps de l'intervention consiste-t-il à libérer complètement la vésicule et à la séparer des organes voisins. Chemin faisant, il est possible que, comme dans certaines pelvi-péritonites, on ouvre quelques petits abcès qui nécessitent quelques coups de tampons. D'une façon générale cependant, l'intestin, l'épiploon se laissent assez facilement récliner. Avec un peu de patience on arrive assez rapidement à découvrir la lésion vésiculaire. Dès lors, l'ablation est ordinairement chose facile.

Dans quelques cas, la propagation de la péritonite jusqu'au niveau du hile rend malaisée la libération première du col de la vésicule et il est quelquefois plus commode de faire la cholécystectomie en allant du fond de la vésicule vers le canal cystique. Il ne saurait donc être question ici de faire la cholécystectomie sous-séreuse ou du moins, si l'on a à mettre à

profit le décollement sous-séreux de la vésicule, ce sera souvent pour décoller l'intestin adhérent à la vésicule. Tixier (1), en particulier, a bien insisté sur les avantages de cette technique qui permet d'éviter presque à coup sûr l'ouverture de la cavité intestinale.

Du côté du foie, il existe souvent une infiltration œdémateuse ou phlegmoneuse de la zone interhépatocystique qui facilite beaucoup le décollement de la vésicule.

Le reste de l'intervention ne présente aucune particularité. Après s'être assuré qu'il n'y a rien dans les voies biliaires principales, on termine l'opération en mettant un drain et une mèche en contact du cystique et en faisant au-dessous la reconstitution de l'étui séreux conservé. S'il existe des calculs dans le cholédoque, il faut au contraire en faire sur-le-champ l'ablation.

Nous ne parlerons pas des cas où il existe un abcès péri-vésiculaire ou un phlegmon biliaire. L'existence d'une suppuration étendue autour de la vésicule rend le plus souvent impossible l'ablation de cet organe. Celle-ci ne se produit, d'ailleurs, qu'autant qu'on a laissé passer le moment opportun de l'intervention : et c'est là, nous l'avons vu, la meilleure justification de l'opération précoce.

La vésicule enlevée, les suites opératoires sont d'ordinaire remarquablement bénignes. Après une intervention un peu pénible et un peu longue, il

(1) TIXIER *in* BUFFÉ, *De la cholécystectomie sous-séreuse*, thèse de Lyon, 1907-1908, n° 57, p. 27.

sera parfois utile de faire au malade une injection sous-cutanée de sérum ou de lui donner quelques toniques cardiaques. Chez les malades en état de météorisme avant l'intervention, nous avons eu recours aux injections sous-cutanées de strychnine et aux lavements de sérum selon la méthode de Murphy. Si tout va bien, au septième ou huitième jour on commencera à retirer les mèches qu'on a laissées dans la région sous-hépatique. Au bout de quinze jours, il ne reste généralement que le drain : à ce moment on voit habituellement l'écoulement biliaire se tarir. La fistule se réduit ensuite de plus en plus, et il n'est pas rare de voir la guérison survenir en moins d'un mois.

CHAPITRE VIII

Résultats éloignés de l'intervention.

Supériorité de la cholécystectomie.

SOMMAIRE. — Fistules : muqueuses, biliaires. — Récidives : réapparition des calculs, adhérences. — Tableau récapitulatif.

D'une façon générale, on peut dire que la cholécystectomie à chaud présente, au point de vue des suites, les mêmes avantages que l'ablation précoce de l'appendice. De même que les suites sont beaucoup plus simples dans l'appendicectomie que dans les cas où l'on se contente du drainage pour traiter un abcès appendiculaire, de même l'opération radicale, appliquée à la vésicule, a des suites bien meilleures que le drainage pur et simple.

Un certain nombre de complications peuvent survenir à la suite d'une intervention sur les voies biliaires. Elles sont ou éloignées (fistules, récidives, éventrations) ou immédiates (vomissements, hématomèses, collapsus cardiaques, infarctus, avorte-

ments). Mais cette seconde série d'accidents ne présente rien de particulier à une intervention vésiculaire. Il en faut dire autant des éventrations qui peuvent survenir à toute laparotomie. Nous ne traiterons donc ici que des fistules biliaires et des récidives de cholécystite, parce que, seules, elles entrent dans le cadre de notre sujet. L'étude de ces résultats éloignés de l'intervention sur la vésicule nous convaincra davantage encore de la supériorité d'une opération radicale, dans la mesure où nous aurons pu établir que ces accidents secondaires atteignent de préférence les cholécystostomisés.

1^o FISTULES.

Après le drainage du moignon cystique (ectomie) ou de la vésicule (stomie), le pus ou la bile s'écoule ordinairement par la plaie pendant un espace de temps qui va de quelques jours à plusieurs semaines. Cet écoulement, surtout après la cholécystostomie, a pu parfois durer jusqu'à quatre mois. Enfin il arrive — mais plus rarement — que la fistule soit persistante, et qu'il faille recourir à une opération secondaire pour en procurer la fermeture.

La persistance des fistules, aux premiers temps de la chirurgie biliaire, était chose si courante que l'opérateur se croyait tenu d'avertir le malade de cette suite possible de l'opération. Aujourd'hui, cet accident est devenu beaucoup plus rare. Cotte en évalue la fréquence à 4 ou 5 % seulement des cas, et il attribue, pour une large part, ce progrès à la pra-

tique, de plus en plus généralisée, de la cholécystectomie (1).

On distingue deux sortes de fistules vésiculaires post-opératoires : les fistules muqueuses — ou mucopurulentes — et les fistules biliaires.

a) *Fistules muqueuses.* — Les fistules muqueuses dépendent d'un obstacle au niveau du cystique : ce canal est obstrué, ou bien — mais ce cas est plus rare — les parois vésiculaires, par l'effet d'une inflammation chronique, ont subi un épaissement anormal. L'obstruction du cystique peut tenir à bien des causes : persistance d'un calcul, rétrécissement inflammatoire des parois du canal, compression produite par des adhérences péritonéales... La thérapeutique des fistules muqueuses se diversifie suivant les causes mêmes qui les ont produites. Si l'écoulement est insignifiant, on peut attendre très longtemps l'oblitération spontanée de la fistule. Si l'on soupçonne la persistance d'un calcul (2), il pourra suffire d'élargir le trajet à l'aide d'une tige de laminaire, et d'essayer d'extraire le calcul. Mais, la plupart du temps, c'est la cholécystectomie qui sera indiquée.

Une sténose des voies biliaires sous-jacentes est en effet une contre-indication très nette de la cholécystostomie : il ne faut jamais recourir à l'opéra-

(1) *Traitement chirurgical de la lithiase biliaire et de ses complications*, p. 179.

(2) Cet accident se produit surtout dans les opérations d'extrême urgence, pratiquées en pleine poussée aiguë, quand on n'a pas eu le temps ou la facilité d'explorer les voies biliaires.

tion conservatoire avant de s'être assuré de la perméabilité de ces voies ; aussi bien ce serait soi-même ouvrir un chemin à une fistule muqueuse persistante ; et une ectomie secondaire pourrait seule réparer ce nouvel accident. Ces rétrécissements au niveau du canal cystique sont au surplus une des causes les plus fréquentes des fistules persistantes après une cholécystostomie.

b) *Fistules biliaires.* — Les fistules biliaires peuvent tenir soit à une oblitération des voies biliaires principales (calcul, rétrécissement, tumeur), soit à la constitution d'un canal cutanéomuqueux, qui ne se cicatrise pas spontanément.

Pour reconnaître si la fistule biliaire tient à l'obstruction du cholédoque, on peut utiliser l'ingénieux procédé empirique de Kehr, ainsi décrit par Cotte (*Op. cit.*, pp. 180-181) : « On obture la fistule par un fosset en bois stérilisé, qu'on fixe à la paroi avec du collodion. Le malade reste couché et on lui fait une injection de morphine. Lorsqu'il y a obstruction du cholédoque, la bile s'accumule dans les voies biliaires et sa tension augmente à tel point qu'elle peut même réussir à chasser l'obstacle. Kehr dit avoir obtenu quelquefois un bon résultat par cette simple manœuvre. Mais si le calcul ne peut être déplacé, le patient est pris de frissons et de fièvre, l'ictère se produit ou augmente s'il existait déjà, le bouchon est repoussé et une bile trouble s'écoule au dehors. Enfin, si les voies biliaires sont libres, le fosset reste en place, sans donner lieu à aucun accident. »

Le traitement des fistules biliaires varie suivant la nature des lésions constatées.

S'il s'agit d'un simple canal cutanéomuqueux, il peut suffire de libérer les bords de la muqueuse et d'y faire deux ou trois points de suture.

Si l'écoulement biliaire, consécutif à une cholécystostomie, tient à l'épaississement des parois vésiculaires, il faut évidemment recourir à l'ablation de la vésicule. Nous constatons ici encore l'intérêt qu'il y aurait eu à pratiquer la cholécystectomie première.

Si enfin la fistule tient à une obstruction cholédocienne, il y a une importance capitale à savoir d'abord la cause de cette obstruction. Provient-elle d'un calcul ? Une intervention secondaire est alors indiquée pour rendre libre ce canal. Provient-elle d'une sténose ? Le cas est alors infiniment plus complexe et il faut recourir aux anastomoses. Si la fistule est consécutive à une stomie, et que la vésicule soit conservée, on donnera la préférence aux anastomoses cholécysto-intestinales. Si, au contraire, la vésicule a été enlevée pour fermer les voies biliaires et rétablir le cours de la bile dans l'intestin, on a tenté avec succès, ces dernières années, les greffes autoplastiques et l'anastomose directe des voies principales avec l'intestin.

Nous ne dirons rien de ces interventions diverses au niveau du cholédoque : elles n'intéressent qu'indirectement le cholécyste, et sortent ainsi de notre sujet. Au surplus, on en trouvera la description détaillée et illustrée dans l'ouvrage de Cotte sur *La lithiase biliaire et ses complications* (pp. 181-186).

2° RÉCIDIVES.

Par récidives, après les opérations de lithiase, les auteurs entendent des choses assez différentes. Les uns réservent ce nom à la réapparition de calculs. Les autres désignent par là tous les accidents quelconques, nerveux, stomacaux, abdominaux, etc., qui peuvent s'observer chez les opérés, et dont les plus fréquents proviennent d'adhérences péritonéales. Nous traiterons donc successivement : 1° de la réapparition des calculs ; 2° des adhérences post-opératoires. Nous envisagerons chacune de ces questions au point de vue théorique et au point de vue des faits. Et nous comparerons constamment l'une avec l'autre au regard de ces diverses sortes de récidives, l'opération conservatoire et l'opération radicale appliquées à la vésicule.

A) RÉAPPARITION DES CALCULS

La théorie. — Les auteurs diffèrent beaucoup d'avis sur les causes de cette réapparition des calculs et des accidents lithiasiques. S'agit-il de calculs oubliés ou de calculs néoformés ? La solution de ce problème est subordonnée à celle que l'on adopte pour l'origine même des calculs. Les uns (Kehr et Riedel, en particulier, suivis par la plupart des chirurgiens), admettent que, dans tous les cas, les calculs sont de formation vésiculaire. Alors deux hypothèses se présentent ici. La vésicule subsiste-t-elle (stomie) ? Il peut alors s'agir et de calculs néoformés et de

calculs oubliés (dans la vésicule ou dans les voies biliaires par suite d'une exploration ou d'un drainage insuffisants). La vésicule a-t-elle été enlevée (ectomie) ? Il ne peut alors s'agir que de calculs oubliés. — On voit tout l'avantage que l'ablation vésiculaire présente dans cette théorie. Kehr se range du reste parmi les ectomistes les plus convaincus.

Les autres, avec Kôrte et Jaboulay, soutiennent que les concrétions calculeuses peuvent se former primitivement dans le foie. Et ils appuient leurs assertions d'observations qui sont en effet des plus démonstratives (1). Mais on ne saurait, en tout cas, sous prétexte que la lithiase intrahépatique existe, rejeter l'ectomie ; car la néoformation intra-vésiculaire est toujours possible elle aussi, et c'est sans doute la plus habituelle. Conserver la vésicule, c'est augmenter les chances de cette néoformation ; l'extraire, c'est prévenir des risques de récurrence.

Donc, de toutes façons, que la lithiase secondaire provienne de calculs oubliés ou de calculs néoformés, l'ectomisé se trouve bien mieux prémuni contre elle que le stomisé.

Les faits. — Les faits du reste corroborent ces présomptions. Kôrte compte 6 récurrences de calculs dans ses 350 opérations pour lithiase ; mais, dans ces 6 cas, la vésicule avait été conservée : dans 5 cas, c'est à son intérieur que les calculs paraissent s'être reformés. Bramann, sur 30 cholécystostomies, compte

(1) Voir les faits rapportés par Cotte dans sa thèse (p. 156) et dans son article du *Lyon Chirurgical*, 1^{er} novembre 1910, pp. 486-488, sur le *Choix de l'intervention dans la lithiase biliaire*.

2 récidives après six et sept ans. Hartmann, sur 45 stomisés, observe 5 retours de crises hépatiques calculeuses (dont 2 se résolvent d'elles-mêmes, 2 nécessitent une cholécystectomie secondaire, et une suivie de mort) (1). Nous exposerons plus loin, dans un tableau général, les résultats de la statistique détaillée de Trendelenburg.

B) ADHÉRENCES POST-OPÉRATOIRES

Théoriquement, la conservation de la vésicule ne peut que favoriser ces adhérences.

En fait, les statistiques établissent que ces accidents surviennent de préférence chez les stomisés (2). Qu'il nous suffise de mentionner les observations de Kehr et de Mack.

Kehr, depuis qu'il a recours à la cholécystectomie et au drainage de l'hépatique, a vu le nombre des accidents dus à des adhérences se réduire de 17 à 5 %. Mack, sur 124 cholécystostomies faites à la clinique d'Heidelberg, considère que 79 seulement sont complètement guéris, soit 57 %, et que, chez 18 de ces malades (soit 18 %) les douleurs persistantes semblent dépendre d'adhérences.

Le tableau suivant, où sont classés les résultats de la statistique de Trendelenburg pour la période 1896-1908, résume bien les positions respectives

(1) Hautefort, *Vésicule biliaire et lithiase. Choix d'un procédé opératoire dans la lithiase vésiculaire*. Thèse de Paris, 1909, p. 166.

(2) Cf., les statistiques de Kocker, de Korte, de Kummel, de Garré, en appendice de l'ouvrage déjà cité de Cotte.

du stomisé et de l'ectomisé par rapport aux risques post-opératoires (1).

Nous n'avons pas parlé, dans ce chapitre, de la mortalité post-opératoire comparée dans les deux sortes d'interventions sur la vésicule, parce que nous avons traité ce point précédemment, à propos du « choix de l'intervention ».

Cholésystostomie	58 cas.
Morts.....	2
Récidives (coliques hépatiques).....	2
= 1,73 %	
Adhérences.....	4
Fistules.....	0
Cholésystostomie	49 cas.
Morts.....	7
Récidives.....	8
= 16,3 %	
Adhérences.....	4
Fistules.....	3

En résumé les suites éloignées de l'intervention, aussi bien que les suites immédiates, sont manifestement en faveur de la cholécystectomie.

(1) G. Cotte, *Du choix de l'intervention dans la lithiase biliaire.* (*Lyon Chirurgical*, 1^{er} novembre 1910, p. 478.)

CHAPITRE IX

La cholécystostomie.

SOMMAIRE. — Ses partisans. — Ses objections contre l'ectomie. — Ses inconvénients : reproches injustifiés, reproches justifiés.

Après une période de flottement qui va de 1878 à 1908, la supériorité de l'ectomie a paru si manifeste aux chirurgiens que, dès 1908, ils se ralliaient en grosse majorité aux conclusions ectomistes de Kehr et de Gosset : le premier, au deuxième *Congrès de la Société internationale de chirurgie*, tenu à cette date à Bruxelles, le second au *XXI^e Congrès de l'Association française de chirurgie*, tenu un mois plus tard à Paris, admettaient en substance que, toutes les fois que les circonstances le permettent, il y a intérêt à pratiquer la cholécystectomie avec drainage des voies principales. On voit que l'expérience de ces dernières années, et notamment les faits nouveaux rapportés précédemment de la clinique de M. le professeur Poncet, ne font que justifier ces opinions de 1908.

Nous devons pourtant à la vérité de reconnaître que les préférences et la pratique des chirurgiens ne sont pas encore unanimes. Beaucoup se contentent encore d'un simple drainage de la vésicule. En Amérique, en Angleterre, l'opinion prévaut encore que la cholécystostomie s'adresse aux formes infectées et la cholécystectomie aux formes aseptiques, comme s'il n'y avait pas au contraire un intérêt extrême à faire disparaître, par l'ablation, le siège de l'infection. En France, mêmes hésitations.

En 1908, écrivant dans la *Revue de Chirurgie* (XXXVIII, p. 689) sur les « indications opératoires dans la lithiase », Quenu ne mentionne pas la cholécystectomie. Mais, si l'on interprète son silence d'après ses déclarations, il semble bien qu'il faille le ranger parmi les tenants de l'opération conservatrice. « Le grand infecté ne peut pas attendre, écrit-il, le drainage biliaire reste sa seule planche de salut. »

En 1909, Hautefort (thèse Paris, p. 177. *Vésicule biliaire et lithiase. Choix d'un procédé opératoire dans la lithiase vésiculaire*), indique la stomie pour les cas très aigus avec menace d'infection péritonéale. Il admet néanmoins que l'ectomie, si elle est suffisamment précoce, procure plus sûrement la guérison.

En 1909 encore, M. l'Agrégé Villard et Léon Nové-Josserand, interne des Hôpitaux, dans un article du *Lyon chirurgical* (1^{er} avril 1909 : Drainage et ablation de la vésicule biliaire, cholécystostomies et cholécystectomies) analysaient 40 cas de leurs interventions : 21 étaient dirigés contre des accidents uniquement localisés à la vésicule ; 7 contre des ac-

cidents infectieux étendus à tout l'arbre biliaire ; 6 contre des ictères d'origine néoplastique ou cirrhotique ; la cholécystectomie n'avait été utilisée que 6 fois. Or les 21 stomies vésiculaires, qui seules nous intéressent ici, avaient toujours donné des résultats éloignés satisfaisants (une seule récurrence : douleurs dues à des adhérences) ; l'ectomie, au contraire, avait donné 2 morts sur les 6 cas (1). Et ils concluaient que la stomie est l'intervention de choix dans les accidents lithiasiques de la vésicule, pourvu que l'infection fût bien en effet localisée à la vésicule et ne se fût pas propagée dans les voies principales : car, dans ce dernier cas, le drainage ne suffirait plus, et la mortalité de la stomie s'élèverait à 42,8 %.

En 1910, Faure et Labey, dans le *Nouveau Traité de Chirurgie* de Le Dentu et Delbet (maladies chirurgicales du foie et des voies biliaires ; XXVII, p. 70), écrivent que l'incision et le drainage conviennent aux cholécystites phlegmoneuses, tandis que la cholécystectomie serait l'opération appropriée aux cas de perforations réalisées ou imminentes, de par la présence d'ulcérations, de gangrène, d'infiltration hémorragique ou de ramollissement inflammatoire des parois vésiculaires.

On ne saurait tenir pour négligeables des témoignages si autorisés en faveur de la stomie. Il convient donc d'examiner quels inconvénients on reproche

(1) Il est vrai que l'ectomie s'est adressée à des cas graves. Cotte, dans l'article déjà mentionné du *Lyon Chirurgical* (1^{er} novembre 1910), se demande si les 21 succès de stomie ne représenteraient pas surtout une « série heureuse ».

à l'ectomie, et si ces reproches sont suffisamment justifiés. Nous verrons ensuite, par contre, les inconvénients de la stomie. Et nous dirons quelques mots de ses indications.

A) OBJECTIONS CONTRE L'ECTOMIE

Les reproches adressés à la cholécystectomie peuvent se ranger sous 3 chefs principaux : 1° elle donne une trop grande mortalité ; 2° elle ne garantit pas des accidents ultérieurs ; 3° alors que l'opération conservatoire « réserve l'avenir », l'opération radicale prive l'organisme d'un de ses moyens, en un mot elle met l'opéré dans un état d'infériorité physiologique. La réponse à ces objections diverses est assez facile à fournir ; et l'on trouve les éléments principaux de la solution de ces difficultés dans les chapitres qui précèdent. Il importe cependant d'y revenir brièvement.

1° *La mortalité après l'ectomie.* — Les statistiques rapportées aux chapitres IV et VIII établissent que l'on a beaucoup exagéré les dangers de cette opération. Nous avons vu que dans la lithiase vésiculaire simple (sans infection des voies principales, ou sans angiocholite concomitante), sa mortalité ne dépasse pas 2 ou 3 % pour beaucoup de chirurgiens.

La stomie est actuellement beaucoup plus meurtrière, ce qui provient sans doute de la gravité des accidents contre lesquels on la dirige de préférence.

Si les statistiques (chap. IV) antérieures à 1906 donnent à l'ectomie un taux de mortalité supérieur,

c'est que la stomie bénéficiait alors de tous les cas simples, tandis que l'on ne recourait à l'ectomie qu'en désespoir de cause, dans les cas très graves où l'on estimait que la stomie ne donnerait évidemment que de mauvais résultats.

Le mieux que l'on puisse dire, c'est donc que les chiffres ne prouvent actuellement ni pour ni contre, et que l'on ne saurait en tirer un argument décisif en faveur de l'un des deux procédés opératoires.

2° *Les accidents post-opératoires après l'ectomie.* — La cholécystectomie ne met pas sûrement à l'abri des accidents ultérieurs. C'est vrai. Mais de ce qu'elle échoue parfois, est-ce une raison de ne la tenter jamais ? Un tel argument serait la condamnation de toute la thérapeutique chirurgicale elle-même. Puis, lorsque l'on se reporte aux faits, l'on constate que ces récurrences atteignent d'ordinaire des sujets trop gravement infectés : une intervention plus précoce eût pu seule amender le résultat, la stomie n'eût pas mieux réussi (1). L'échec incombe à la nature du mal lui-même, et non à celle de l'intervention. Ensuite, il importe de remarquer que ces échecs proviennent souvent d'une faute de technique, spécialement de l'absence de drainage, ou d'un drainage

(1) Une opération trop tardive est particulièrement impuissante contre l'infection profonde de l'arbre biliaire ; le malade semble se relever après l'opération, puis brusquement le voilà terrassé avec des signes d'ictère grave. Enfin, supposons que rien ne subsiste de l'infection des voies biliaires, il peut rester des lésions du parenchyme hépatique qui amèneront fatalement de nouveaux accidents. Mais toutes ces complications n'entrent pas dans le cadre de notre sujet.

insuffisant. Malgré un drainage prolongé de l'hépatique, il n'est pas toujours facile, nous l'avons vu, d'obtenir la disparition complète des calculs charriés dans les voies sous-jacentes ou les voies principales. Mais ces mêmes difficultés opératoires existent tout aussi bien pour la stomie : elles revêtent même dans ce cas une gravité toute spéciale, du fait que ce mode d'intervention consiste essentiellement dans le drainage. Enfin, et surtout, nous avons vu que ces accidents post-opératoires, toujours peu nombreux, sont infiniment plus rares avec l'ablation qu'après l'opération conservatrice. A toutes les preuves de fait que nous avons apportées précédemment (chapitre VIII), il nous suffira d'ajouter celles-ci, tirées des statistiques de Cotte (*Lithiase biliaire*, op. cit., p. 194).

« Garré, après 21 cholécystectomies, ne constate que 4 fois le retour de douleurs, tandis qu'après 42 cholécystostomies, avec ou sans suture, la proportion de récurrence est double. Sur les 30 malades de Kocher traités par la cholécystectomie, on trouve seulement une fois des douleurs persistantes, tandis que sur ses 50 cholécystostomies ou tailles idéales, il y en a 9 cas. Les résultats de Kümmel, ceux d'Hartmann, sont absolument comparables (1). »

(1) La statistique de Steinhal (de Stuttgart), mentionnée par G. Cotte (*Lyon Chirurgical*, 1^{er} novembre 1910 : *Du choix de l'intervention dans la lithiase biliaire*, p. 472) apparemment favorable à la stomie, peut aussi bien s'interpréter dans un sens ectomiste. La cholécystectomie aurait donné une proportion de 55 % seulement de guérisons parfaites, contre 56 % données par la cholécystostomie, « ces deux opérations, au dire de Steinhal, ayant été, d'ail-

3° *L'ablation de la vésicule occasionne-t-elle quelques troubles physiologiques ?* L'Américain Brownlee (1), attribuant à la vésicule le rôle de régulateur de la pression pour les fonctions du foie, supposait en conséquence que l'ablation de la vésicule ne peut être que préjudiciable au bon fonctionnement du système hépatique. Il exposait ses craintes dans un article du *New-York Medical Record* de 1904. Voogt, en 1907, a montré au contraire (2) que l'ablation vésiculaire ne donne lieu à aucune perturbation physiologique. L'organisme, en effet, réagit de lui-même après l'opération, et il reconstitue la partie enlevée, ou il en supplée les fonctions des deux manières suivantes :

a) Si le canal cystique a été *totalement* sectionné, le cholédoque se dilate suffisamment pour recevoir la bile dans l'intervalle des périodes digestives, et ce réceptacle improvisé fait l'office de la vésicule.

b) Si, au contraire, le cystique n'a pas été *totalement* sectionné, au ras du cholédoque, c'est le moignon subsistant qui se dilate au point de reformer une sorte de vésicule. Cette reconstitution de la vésicule est même considérée comme périlleuse par

leurs, employées contre les mêmes lésions. » Mais, observe M. Cotte très justement, « les simples tableaux annexés à cette communication ne permettent pas d'accepter ces chiffres sans réserve. Nous remarquons, en effet, que dans le groupe des cholécystites chroniques récidivantes simples, on n'a jamais fait la stomie et pas une seule fois l'ectomie. Comment peut-on dire alors que ces deux interventions ont été appliquées à des cas identiques ? »

(1) Cf. Cotte, *Traité de chirurgie de la lithiase biliaire*, p. 33

(2) Cf. Cotte, *Ibid.*

la plupart des chirurgiens, car ils y voient un danger de récidence : les accidents primitifs pourraient se reproduire dans la vésicule ainsi reconstituée. Aussi estiment-ils que l'ablation doit s'étendre à la totalité du canal cystique.

Mais somme toute, si l'on va au fond des choses, les objections que l'on dirige contre l'ectomie proviennent en général d'un malentendu. Elles s'adressent surtout à la cholécystectomie « idéale », contre laquelle en effet elles gardent toute leur valeur. Mais on oublie trop que la cholécystectomie s'*accompagne d'un drainage*, et, s'il en est besoin, d'une exploration des voies biliaires (1). Elle réunit ainsi, à ses avantages propres, tous les avantages de la cholécystostomie, sans en avoir les inconvénients.

B) INCONVÉNIENTS DE LA CHOLÉCYSTOSTOMIE.

a) *Reproches injustifiés.* — Le véritable inconvénient de la stomie, ce n'est pas la fistule persistante : quoique (nous l'avons vu précédemment au chapitre VIII) cet accident se produise plus fréquemment chez les stomisés, on peut en éviter presque tous les risques avec une bonne technique et une exploration soigneuse des voies biliaires. Car, ne l'oublions pas, la cholécystostomie « idéale », incision et fermeture de la vésicule, ne se pratique guère. En pratique, la stomie ne va pas sans un drainage et, au besoin, une exploration.

Il ne faut pas oublier non plus que la plupart des

(1) Exploration que la présence du cholécyste rend fort difficile et souvent illusoire, dans l'hypothèse de la stomie.

stomistes ne le sont pas systématiquement ; ils admettent bien que la stomie a ses contre-indications, et qu'il existe des cas où il faut recourir à l'ectomie : le danger d'une fistule persistante est précisément un de ces cas. C'est « à l'ectomie qu'il faudra s'adresser, écrivent MM. E. Villard et L. Nové-Josserand (dans l'article (1), si favorable à la stomie, que nous mentionnions précédemment), dans les cas de vésicule à cystique fermée, alors que le cholécyste est, en quelque sorte, exclu de la circulation biliaire. La stomie exposerait à l'établissement d'une fistule muqueuse d'une durée indéterminée, et ne servirait qu'à conserver une vésicule inutile au point de vue drainage biliaire, et nuisible en raison des accidents d'irritation péritonéale dont elle pourrait continuer à être la cause. »

b) *Inconvénients véritables.* — Les auteurs de ce même article excluent encore des indications de la stomie les cas où la vésicule, « très infectée, à parois épaissies et retractées, constitue un foyer d'irritation et d'inflammation chronique, altérant le péritoine, compromettant le fonctionnement gastro-intestinal, et retentissant sur l'état général (2). » Nous avons souligné à dessein quelques expressions, à notre avis capitales, de cette citation. Elles marquent un large terrain où partisans de la stomie et partisans de l'ectomie pourraient aisément s'entendre, et, après

(1) E. Villard et L. Nové-Josserand, *Drainage et ablation de la vésicule biliaire. Cholécystostomies et cholécystectomies* (40 observations). (*Lyon-chirurgical*, 1^{er} avril 1909, p. 596).

(2) E. Villard et L. Nové-Josserand, *Loc. cit.*, pp. 595-596.

de telles paroles, il semble bien qu'il n'existe, entre les uns et les autres, que des divergences de détails.

En effet, du côté de l'état général aussi bien que des lésions locales, le passage à la chronicité, dont parlent E. Villard et L. Nové-Josserand et dont notre observation II montre bien les inconvénients, ne représente encore qu'un des moindres dangers de la cholécystostomie. Laisser en place un organe avec des lésions inflammatoires qu'elle suffit rarement à abolir définitivement, voilà le principal, et véritable, inconvénient de l'opération conservatrice.

Les accidents éloignés consécutifs à la stomie sont produits en très grande majorité par une infection vésiculaire persistante, ou par une nouvelle poussée infectieuse. Les drainages restent sans vertu contre ces récurrences, car elles ont pour origine des *altérations organiques* irrémédiables. C'est ce qu'ont montré les recherches anatomo-pathologiques conduites ces dernières années par Janowsky, Aschoff, Ehrardt, Lieboldt, Rimann et Bacmeister (1). Ils ont établi que, suivant le degré de l'infection, la lithiase vésiculaire modifiait plus ou moins gravement toutes les tuniques de l'organe :

Dans l'épithélium, les cellules de revêtement disparaissent ; des cellules muqueuses leur succèdent, et sécrètent abondamment.

Dans la sous-muqueuse, à la faveur de l'épaississement qu'elle a subi, on remarque des cellules em-

(1) Voir les références de leurs différents travaux dans le *Lyon Chirurgical* du 1^{er} novembre 1910, p. 481.

bryonnaires qui s'insinuent jusqu'au milieu des fibres musculaires. Et voilà la tunique musculaire plus ou moins désagrégée ; la sclérose atteint les fibres musculaires, et les fibres élastiques disparaissent. Après avoir perdu l'intégrité de sa muqueuse et son élasticité musculaire, la vésicule est livrée sans défense aux agents infectieux.

Au niveau du col enfin, il existe une couche de glandes muqueuses ou de simples cryptes, dans lesquels sommeille toujours l'inflammation, prête à se réveiller au moindre appel, pour produire les accidents secondaires.

Il est clair que l'ablation seule apporte un remède approprié à ce danger permanent, très bien localisé, d'infection. On pourrait même se demander avec Cotte (*Lyon chirurgical*, 1^{er} novembre 1910, p. 482), « si les cholécystostomisés qui restent guéris ne sont pas précisément ceux chez lesquels l'athrophie de la vésicule équivaut à sa suppression fonctionnelle. »

CONCLUSIONS

I. — La cholécystectomie à chaud est l'opération de choix dans le traitement des cholécystites aiguës calculeuses, quels que soient les caractères anatomo-cliniques de la cholécystite.

— L'opération est alors plus facile, surtout en raison de l'absence d'adhérences ou de leur peu de solidité.

— Sa gravité n'est pas supérieure à celle de la cholécystostomie ; les accidents post-opératoires (fistules, récidives, adhérences) y sont moins fréquents que dans ce dernier mode d'intervention.

— La constance et la perfection des guérisons obtenues, dans le service de M. le Professeur Poncet, par l'opération radicale, prouve l'excellence de ce procédé.

II. — La cholécystectomie à chaud est en somme à la cholécystite ce que l'appendicectomie immédiate est à l'appendicite.

III. — La technique doit comporter l'ablation sous-séreuse de la vésicule et du cystique avec drainage du moignon cystique par l'étui séreux reconstitué.

Nous apportons 9 observations pour justifier cette pratique.

Le Président de la thèse :

ETIENNE ROLLET.

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 6 décembre 1913.

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université :

JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ADENOT. — La cholécystite à forme appendicite. (*Lyon-médical*, 1901, nos 7 et 8.)
- BÉRARD. — Cholécystectomie sous-séreuse. (*Lyon-médical*, 1903.)
— cholécystite calculeuse avec perforation de la vésicule (*Lyon-médical*, 1906.)
- G. COTTE. — *Traitement chirurgical de la lithiase biliaire et de ses applications*. (Thèse de Lyon, 1908.)
— Du choix de l'intervention dans la lithiase biliaire. (*Lyon-chirurgical*, 1910, n° 5.)
- P. DUFOURT et R. LERICHE. — Cholécystite aiguë. *Société de médecine*. (*Lyon-médical*, 1913, n° 14.)
— Cholécystite aiguë phlegmoneuse. *Société de médecine*. (*Lyon-médical*, 1913, n° 23.)
- ERDMANN. — Cholecystectomy and Cholecystostomie. (*Medical-Record*, 1909, n° 7.)
- HERNETTE. — Résultats immédiats et éloignés de la cholécystostomie et de la cholécystectomie. (*Thèse de Paris*, 1907).
- R. LERICHE et G. COTTE. — De la cholécystectomie à chaud dans les cholécystites aiguës calculeuses. (*Revue de chirurgie*, 1912, n° 12.)
- E. VILLARD et L. NOVÉ-JOSSERAND. — Drainage et ablation de la vésicule biliaire. Cholécystostomies et cholécystectomies (40 observations). (*Lyon-chirurgical*, tome I, n° 6, 1909.)
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	9
CHAPITRE I ^{er} . — <i>Notions préliminaires</i>	12
CHAPITRE II. — Les cholécystites aiguës calculieuses.....	15
CHAPITRE III. — Diagnostic et indications générales.....	20
CHAPITRE IV. — Du choix de l'intervention. Cholécystectomie.....	27
CHAPITRE V. — Observations.....	33
CHAPITRE VI. — Analyse des observations.....	49
CHAPITRE VII. — Technique.....	53
CHAPITRE VIII. — Les suites opératoires	62
CHAPITRE IX. — La cholécystostomie.....	71
BIBLIOGRAPHIE.....	85

